

كلية التربية
قسم الصحة النفسية

فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدي عينة من طلاب الجامعة

رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في التربية

"تخصص صحة النفسية"

إعداد

دعاء محمد عبد العظيم أحمد مبارك
المدرس المساعد بالقسم

تحت إشراف

أ.د / أشرف أحمد عبد القادر
أستاذ الصحة النفسية ووكيل الكلية لشئون الدراسات العليا والبحوث
كلية التربية – جامعة بنها

أ.م.د / تحية محمد عبد العال
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية – جامعة بنها

١٤٣٣هـ - ٢٠١٢م

بسم الله الرحمن الرحيم

[اللَّهُ نُورُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ مَثَلُ نُورِهِ كَمِشْكَاةٍ فِيهَا مِصْبَاحٌ الْمِصْبَاحُ فِي زُجَاجَةٍ الزُّجَاجَةُ كَأَنَّهَا كَوْكَبٌ دُرِّيٌّ يُوقَدُ مِنْ شَجَرَةٍ مُبَارَكَةٍ زَيْتُونَةٍ لَا شَرْقِيَّةٍ وَلَا غَرْبِيَّةٍ يَكَادُ زَيْتُهَا يُضِيءُ وَلَوْ لَمْ تَمْسَسْهُ نَارٌ نُورٌ عَلَى نُورٍ يَهْدِي اللَّهُ لِنُورِهِ مَنْ يَشَاءُ وَيَضْرِبُ اللَّهُ الْأَمْثَالَ لِلنَّاسِ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ]

النـــور: ٣٥



شكـــــر وتقـــدير

اللهم لك الحمد والشكر عدد خلقك ورضاء نفسك وزنـــة عرشـــك ، ومداد كلماتك ، والصلاة والسلام على نبيك الكـــريم وعلـــى آلـــه وصـــحبه أجمعين......وبعد

يطيبُ لى بعد أن انتهيت بفضل الله وتوفيقه من هـــذا البحـــث الـــذى أسال الله العلى القدير أن ينفع به الأخرين، وأحمد الله الذى من على بنعمتـــه وفضله فيسر لى كل صعب، وهيأ لى من عباده المخلصين من يساعدنى فلله الحمد والشكر أولا... وأخيرا. ..

إن من تمام شكر العبد لربه أن يشكر مَنّ مد يد العون له، لـــذا أتقـــدم بباقة ورود ورسالة شكر وثناء إلى الأب الرحيم، وإلى القلب الكبير، فتَحيـــةُ إجلال إلى مَنّ وقف بجانبي مشجعاً ومحفزاً ليخرج هذا العمل إلى النور، إلى أستاذي الفاضل والعالم الجليل **الأستاذ الدكتور/ أشرف أحمـــد عبـــد القـــادر** وأهديه هذه الكلمات.... إذا كان للنجوم أفلاكها، وللعبير شذاه، وللبحـــر دُرَرُهُ وأصدافه، فأنت من أهل التميز ورواده، وقائدٌ تأسر العقول بعدد مَنّ علمتـــه، بما حباك الله من دماسة خُلق، يسمو بك إلى القمة، وسعة صدر، حفظـــك الله وزادك علماً وعطاءً، فأنت أستاذ بكل ما تحويه هذه الكلمة من معـــاني، فقـــد شملتني برعايتك، ومنحتني شرف التتلمذ على يديك، فهو بحق وســـام علـــى صدري، ومَهَّما أوتيت من فصاحة اللسان وبراعة التعبير فلن أوفيك حقـــك، فأدين لك بالفضل ما حييت، فأنت أهلٌ للاحترام والتقدير، فجـــزاك الله عنـــي خير الجزاء.

كما أهدي باقة ورود إلى أجمل وردة في قسم الصحة النفسية، إلى الأم الحنون، إلى الصديقة الوافية، إلى المعلمة الجادة، إلى مَنّ تكبدت من أجلي مشاق السفر، إلى مَنّ تمتلك نفوساً وعقولاً تتعلق بها، وقلوباً تتجمع حولها، بقدر رقتها، وجمال حِسِها، وغداقة علمها، وعذوبة حديثها، إلى مَنّ يعجز لساني عن شكرها إلى أستاذتي والعالمة الجليلة **الأستاذة الدكتورة / تحية محمد عبد العال ...** فقد تحملت من أجلى الكثير، وتعلمت منها الكثير فهي بحق نموذج للعطاء الإنساني بلا حدود، والمحبة الصادقة، والتطلع لطلب العلم، فلها مني تحية تقدير واعزاز.

كما أهدي شكري وتقديري إلى مَنّ يُوقِظ المشاعر، ويُحيي العقول، إلى مَنّ سلحنا بالحق لنواجه به الباطل، وبالعلم لنطمس به الجهل إلى أستاذي الفاضل والعالم الجليل **الأستاذ الدكتور/ هشام عبد الرحمن الخولي** أستاذ الصحة النفسية، فهو مَنّ يملأ النفوس الخامدة حياة، والعقول النائمة يقظة، والمشاعر الضعيفة قوة، فتبعثرت الكلمات حينما حاولت أن أسطُر له عبارات الثناء، فأدين له بالفضل بما خصني به من وقته وجهده، فكان نعم الاستاذ الموجه، فله مني الاحترام والتقدير لتفضله بقبول مناقشة هذا البحث، فهو بحق نعم المشرفٌ والمناقش، بقدرما يليق بدوره الكبير، فجزاه الله عني خير الجزاء.

وإنه لشرف كبير أن يتفضل العالم الجليل **الأستاذ الدكتور/ عماد محمد مخيمر** أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب، جامعة الزقازيق بتفضله قبول مناقشة هذا البحث، رغم كثرة أعبائه، وتحمله مشاق السفر، فأتقدم له بباقة ورود وثناء يموج بين ابداعاته، وعظيم هناته، ودوام عطائه، وسمو خلقه وتواضعه، فله مني الشكر والتقدير.

كما يسرني أن أتقدم بعميق الشكر والتقدير إلـــى أســـتاذي **الأســـتاذ الدكتور/ اسماعيل إبراهيم بدر** أستاذ ورئيس قسم الـــصحة النفـــسية بكليـــة التربية جامعة بنها، فله مني الشكر والتقدير، داعية الله لـــه بمزيـــد الـــصحة والعافية.

كما يسعدني أن أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير إلى جميـــع أعـــضاء هيئة التدريس بالقسم، وأخص منهم بالذكر **الدكتورة/ إيمان رجب، الدكتورة/ فوزية سلامة، والاستاذة / رحاب يحيى**، و**الأستاذ/ حازم شوقي** فهـــم نعـــم الإخوة فلهم مني جزيل الشكر والتقدير.

شكرت الجميع ولم يتبقى سوى أن أنحنى احتراما وتقـــديراً لأول مـــن علمانى النطق بأول الحروف ......إلى **أبى وأمى وإلـــى اخـــوتى الأحبـــاء،** فمهما نقبت عن كلمات الشكر والثناء لن أجد ما يوفى حقهم ......فلولا هـــم ماكنت لاقف هذا الموقف ولولا هم ما كنت قد انتهيت من هذا العمـــل فلهـــم منى كل الامتنان والتقدير راجية لهم خير الجزاء من المولى ...عز وجل.

وأخيراً أهدي باقة ورود وزهور إلى حياة قبلي، وقرة عيني، وعمـــري الماضي والآتي إلى ابنتي وزهرة عمـــري" **نرفـــان** " أطـــال الله عمرهـــا، وحفظها، وإلى **زوجي الحبيـــب** لما تحملاه من أجلي حيث قاما بتشجيعى على مواصلة العمل فى هذا البحث ، فلهم مني جزيل الشكر والتقدير.

وختاما فإن هذا جهدى أتقدم به..... فإن كنت وفقت فمن الله ثم مـــن توجيه ومساندة أساتذتى، وإن كنت الأخرى فحسبى أنى اجتهدت حيث يبغـــى الإنسان الكمال وهو لله وحده .

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

الباحثة

مقدمة :

تتميز الفترة الراهنة بجملة متغيراتٍ سريعةٍ ومتلاحقة، أدت إلى العديد من المشكلات والصراعات النفسية التى تواجه الفرد، والتي تؤثر بشكل مباشر في قدرته على الانخراط في التفاعلات الاجتماعية المختلفة مما يشعره بالعجز عن مواجهتها، الأمر الذي يجعل الحياة لم تَعُد سوى زملة من المواقف الضاغطة والمتكررة التي تبرر فشله في مواجهة أي صراعات ومشكلات لاحقة.

ولما كان طلاب الجامعة يمثلون قطاعاً مُهمًّا من قطاعات المجتمع، بل وَيُعَدُّونَ اللَبِنة الأساسية لبنائه وتقدمه؛ مما يحتم علينا الوقوف على ما هية هذه الاضطرابات والصراعات التى تعاني منها تلك الفئة والتى تؤثر على ثقتهم بذاتهم وإحساسهم بالاستقلالية، وتحملهم المسئولية، ودرجة أدائهم للدور الأكاديمى والمهنى المطلوب منهم.

وتُعد الفوبيا الاجتماعية من أهم الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً والتى تصيب طلاب الجامعة؛ حيث تسبب لهم الكثير من المشكلات التى يعانون منها فى علاقتهم بذاتهم أو فى علاقتهم بالآخرين الذين يعيشون معهم فى المحيط الاجتماعى، ولا سيما القلق الاجتماعى الذى يظهر فى المواقف التفاعلية بين الأفراد، مما ينتج عنه خوف ورهبة شديدة تتضح فى تجنبهم المواقف الاجتماعية باعتبارها تجعل الفرد تحت الميكروسكوب الاجتماعى إن صح التعبير، حيث يشعر بكونه تحت الأنظار المدققة والمتفحصة له والتى لا تغفل عن ملاحظته، حيث يظن أنه مراقب ممن حوله.

والفوبيا هي خوف ولكنه غير منطقي أو غير مبرر، أي الذي لا يتناسب مع مصدر الخطر أو تهويل الخطر، بالرغم من أنه لا يمثل أى تهديد

للإنسان فهي خوف غير سوى من بعض المثيرات أو المواقف، وقد تكون الفوبيا تشريطية أي التى تتوقف على الخبرة السابقة تجاه موضوع الخوف، بينما الخوف من المجهول – أى مصدر الخوف مجهول– فذلك هو القلق **Anxiety** أو ما يطلق عليه أحياناً بالخوف الهائم أو الطليق. وتقع الفوبيا حسب مفهوم السلسلية والمتصل الواحد ووفقاً للنهج الجاليلى لمتصل الخوف في طرفه الذي يصل إلى حد الذعر والرعب، بينما يقع الخوف الهين الضعيف في الطرف الآخر، وعلى الرغم من تباين درجات الخوف وأنواعه فإن جميع أشكاله وصوره وجميع درجاته تتضمن فقدان الأمن، الذى يشكل جوهر الاضطرابات النفسية (**هشام الخولى، ۲۰۱۰ ب:۱۲۱ – ۱۲۲**).

وتُعدّ الفوبيا الاجتماعية هي إحدى الفوبيات النوعية التي يشار لها بخبرة القلق في السياقات الاجتماعية، حيث تحتل المرتبة الثالثة في الولايات المتحدة الأمريكية بعد الاكتئاب وإدمان الكحوليات، فيبلغ معدل انتشارها حوالي ۱۳،۲% من عدد السكان، وهي حالة مرضية(بفتح الميم) يعاني منها الأفراد، التي تتضح معالمها في منتصف مرحلة المراهقة فتسلبهم بقوة معظم قدرتهم على العمل والتفكير السليم والانجاز، بل وتُعَد أحد الأسباب النفسية الرئيسة التى تعوقهم عن إشباع حاجاتهم وتحقيق توافقهم النفسي المأمول.

(Crozier & Alden, 2001:3); (Turner, et al., 2003: 386) &(Mclean & Woody, 2000: 15)

والفوبيا الاجتماعية اضطراب يعاني منه شريحة كبيرة من الأفراد ولا سيما طلاب الجامعة، فقد أكد **(Ingman, 1999: 20); (Bercow,2004: 10) &(Hall, 2005: 55)** انتشار الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، حيث أوضحوا أن من "۳–۱۳%" من الأفراد يعانون من الفوبيا الاجتماعية خلال فترات حياتهم خاصة فى المرحلة العمرية ما بين "١٥"–"٢٠" عاماً وتظهر

بصورة متساوية لدى الذكور والإناث، مما يتضح فى البعد عن المواقف التى تتطلب تفاعلاً اجتماعياً، الأمر الذى يتسبب عنه انخفاض في تقدير الذات وسوء التوافق النفسي والاجتماعى لديهم.

وقد أوضحت(**حياة البنا وآخرون، ٢٠٠٦ ،٢٩١**) أن الفوبيا الاجتماعية اضطراب يؤثر على الأداء الوظيفى والمهنى والاجتماعى للأفراد؛ حيث تدفعهم إلى تجنب المشاركة الفعّالة فى المجالات المتعددة للحياة، نظراً لما ينشأ عنها من عزلةٍ ووحدةٍ شديدتين، ومن ثم انخفاض أدوارهم الاجتماعية والوظيفية، فضلاً عن أن القلق في المواقف الاجتماعية يمثل ضغطاً شديداً على الفرد، حيث يشتت انتباهه ويمنعه من التفاعل الاجتماعي الناجح.

ولما كان القلق الاجتماعى هو أحد أنواع القلق بل ويعد نواة عصاب القلق، الذى يعتبر القاعدة الأساسية والمشكلة المحورية لكافة الأعصبة والمحور الدينامى للعصاب النفسي، وليس ذلك فى الأمراض النفسية فقط بل فى أفعال الناس السوية وغير السوية (**محمد عيد، ٢٠٠٠ ،٣٤٩**). إلا أنه بالرغم من هذا الانتشار إلا أن اضطراب القلق الاجتماعي لم يَحظَ باهتمام كبير يُذكر من قبل الباحثين إلا منذ وقت قريب، فقد كان العلماء يعتبرون الفوبيا الاجتماعية على أنها اضطراب القلق المُهمَل **Neglected anxiety disorder**.

(Hofman & Barlow, 2002, 455)

مشكلة الدراسة :

يتضح من العرض السابق أن الفوبيا الاجتماعية هى أحد الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً بين طلاب الجامعة، حيث يَخبُر الطلاب القلق الذى يظهر فى مواقف التفاعل الاجتماعي وفي العلاقات البينشخصية، والذي يُعدّ

نتاجاً لشعورهم بالدونية وضعف الثقة بالذات؛ مما يترتب عنه خوف ورهبة شديدتين، بشكل يجعلهم أكثر تمركزاً حول ذاتهم، وأكثر عزلةً وانغلاقاً عليها، وأكثر شعوراً بفقدان الأمن، كما يوصفون بسوء التوافق النفسي والاجتماعي، لتجنبهم معظم المواقف الاجتماعية، فالفرد الفوبيوي تُسيطر عليه العديد من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي تتحكم في تفكيره ووجدانه وسلوكه، بصورةٍ تفاعلية تجعله يميل إلى العزلة والانسحاب من معظم المواقف الاجتماعية التى قد تسبب له الحرج والارتباك من وجهة نظره، أو لمجرد اعتقاده بأنه مراقب ممن حوله، أو توقعه للتقييم السالب من جانبهم، وقد يكون خوفه منصب على مواقف اجتماعية بعينها، فتكون الفوبيا الاجتماعية النوعية، أو يُعمَّم خوفه على جميع المواقف الاجتماعية، فتكون الفوبيا الاجتماعية المعمَّمة.

فالفوبيا الاجتماعية هي "خوف الفرد المتزايد من معظم أو كل المواقف الاجتماعية، التي يتعرض فيها للتقييم السالب، والذي ينتج عنه خوف ورهبة شديدتين من تعرضه للنقد من قبل الآخرين، مما يجعله يتجنب معظم هذه المواقف بالابتعاد عنها" . **(Hirai, et al., 2006, 265)**

وقد تتفاقم المشكلة لدى الطلاب، وتتسع إلى حد يتطلب ضرورة التدخل العلاجي، الذي يتمثل في إكسابهم استراتيجيات وأساليب علاجية بديلة، تساعدهم على التغلب على خوفهم عند مواجهتها، في محاولةٍ منهم لإدراك الشعور بالأمن الذي يمكنهم من الانخراط فى معظم مواقف التفاعل الاجتماعي.

وقد اِستُخدِم مع الفوبيا الاجتماعية علاجات محددة وواضحة كان أشهرها العلاج المعرفى السلوكي، والتعريض المرحلي للمواقف الاجتماعية

المخيفة (سواء كان التعريض واقعياً أو خيالياً) مما يؤدي إلى تخفيف أعراض القلق والاضطراب (**Milosevic, 2006, 2**). وأوضحت الرابطة النفسية "APA" (٢٠٠٠)أن هناك علاجات مدعمة تجريبياً تتضمن العلاجات القائمة على التعريض وذلك لعلاج الفوبيات النوعية والاجتماعية، والملمح الأساسي في العلاج بالتعريض هو مواجهة المثيرات المخيفة، والتى يجدها بعض الناس مرعبة(**Palacious, et al., 2007, 722**).

وقد أكد **أوست (Ost, 1989, 2); (Ost, et al, 1991, 563)**، **(Ost, et al, 1997,725)**، **(Ost, et al, 2001, 177)** على أن المناهج العلاجية التي أساسها على التعريض فعّالة في علاج اضطرابات القلق، وخاصة الفوبيات النوعية ولاسيما الفوبيا الاجتماعية واضطراب الشخصية التجنبية، سواء كان هذا التعريض تعريضاً واقعياً أو تخيلياً باستخدام الحاسوب.

ويشير **باكر وآخرون(Baker, et al., 2010 , 1139 – 1141)** إلى أن العلماء اعتبروا العلاج بالتعريض" العنصر الأساسي" أو كما أسموه "بلُبّ العلاج" في الفوبيات واضطرابات القلق، ولكن هذا لا يعنى أن كل مُتلقّ للعلاج بالتعريض يحدث لديه كَفّ للاستجابة غير المرغوب فيها تماماً؛ ولكن يختلف بنسبة كبيرة عن الذين لم يتلقوا العلاج، ولذلك كان لزاماً علينا الوقوف لمعرفة الميكانيزمات الفاعلة التى تقف وراء إحداثه التحسن العلاجي المأمول.

وقد اتفق **روجرز وسلفر(Rogers & Silver, 2002: 44)** ، **وبول (Pull,2005 :7)** ، **وفورزث وآخرون (Forsyth, et al., 2006: 65-**

(66)، ومك نالي (McNally, 2007: 755) ، **وبرادي ورانيز (Brady & Raines, 2009: 51)** على تعريف العلاج بالتعريض على أنه"منهج علاجي قائم على أسس السلوكية الحديثة لـــ **ولبى Wolpe (١٩٥٨)**، الذي يقوم على فكرة مؤداها إنَّ المواجهة المتكررة للمثيرات المرهوبة قادرة على كَفّ استجابة الخوف غير المرغوب فيها، من خلال إكساب الفرد مجموعة من السلوكيات الصحيحة، ويكون التعريض من خلال مجموعة من الفنيات، منها ما هو استقرائي كفنية التحصين التدريجي ***Systemtic desensitization***، ومنها من يكون استنباطياً كفنية الغمر ***Flooding*** ، ومنها من يعمد إلى كف انفعال الخوف بنقيضه كفنية الاسترخاء ***Relaxition*** ، أو قد يشتمل على بعض التداخلات المعرفية والسلوكية كلعب الدور والنمذجة والأحاديث الذاتية؛ مما جعل منه علاجاً فعالاً في التخفيف من اضطرابات القلق، والوساوس القهرية، واضطراب الضغط الناشئ ما بعد الصدمة، واضطراب الهلع".

فكان الاعتقاد السائد عن العلاج بالتعريض على أنه هو التحصين التدريجي – إلى وقت قريب– الذي يعمد إلى كَفّ الاستجابة الشرطية المرتبطة بالمثير غير الشرطي بالنقيض، باعتباره ميكانيزم الفعل فيه، حيث كان يُطلب من الفرد أن يتخيل مشهداً خيالياً مدرجاً عن بعض المشاهد المثيرة للقلق بالنسبة له والمرتبطة ببعض الاستجابات الشرطية لديه، فحمل البعض على وصفه بالتحصين التدريجي، ولم يتطلب التحصين في ذلك الوقت سوى أن يكون الفرد مسترخياً بشكل جيد، عندما يقوم باسترجاع المشاهد المرعبة أمامه. ولكن هذه الطريقة لم تكن واضحة، لأنه كان يصعب على المعالج ملاحظة المثيرات العصبية المثيرة للقلق، ومن ثم ملاحظة استجابات الفرد التخيلية **(Wolpe, 1990, 38)** .

وقد لقي هذا الاعتقاد هجوماً كبيراً من قبل **ستامفل وآخرون Stamfl, et al.** (١٩٦٧)، **وماركس Marks** (١٩٧١)، **وفوا وآخرون Foa, et al**(١٩٧٧)، الذين توصلوا من خلال مجموعة من التجارب، إلى أن التحصين التدريجي ما هو إلا غمرٌ في بيئةٍ خيالية، تبتعث بعض المثيرات المرعبة لدى الفرد، كما أكدوا أن كلا التحصين التدريجي والغمر ما هما سوى فنيتان للعلاج بالتعريض، وأنهما من أهم ميكانيزمات الفعل التوسطية الخاصة بانطفاء الاستجابة أو فك الارتباط الشرطي، الأمر الذى يتطلب فيه تعريض الفرد تعريضاً كافياً للمثيرات التى تثير الخوف لديه، مما يساعد على غمره بدرجة كافية في هذه البيئة؛ مؤدياً بذلك إلى انطفاء الاستجابة الشرطية **(McNally, 2007, 750-751)**.

ثم قدم **فوا وكوذاك(Foa & Kozak, 1986 , 22)** تفسيراً لفاعليته في التخفيف من الفوبيات النوعية وفقاً لنموذج العملية الانفعالية إلى حدوث التعود أو الأُلفة ***Habituation*** ، الذي غير وِجَهة النظر القديمة، فقد أشارا إلى قدرته على تعديل بنية الخوف الكامنة أو المستترة لدى الأفراد، والتى تشتمل على المعارف، والمعلومات، والسلوكيات المتعلقة بالمثيرات المرهوبة، وهذا ما يؤكد على أن للخوف بنية معرفية في الذاكرة، تحفز الفرد على الهروب أو تجنب الخطر.

فالعلاج بالتعريض من تلك الوِجَهة لا يخفف من اضطرابات القلق لإضعافه الروابط بين مكونات شبكة الخوف في الذاكرة فقط؛ بل لإحداثه تغييراً في المعنى الخاص بتركيبة الخوف الخاصة بالمثيرات المرهوبة المكونة لبنية الخوف الرئيسة، والذي يتكون بفعل التعريضات المتكررة للمثيرات المخيفة حيث يحدث ما يسمى بالتعود، الذي يحدث في الجلسات الأولى من العلاج، باعتباره ميكانيزم الفعل في خفض الخوف خلال جلسات التعريض ومن ثم تغيراً علاجياً طويل المدى.

ثم جاء **منيكا وتومس(١٩٩٩)** اللذان أكدا على أن" استعادة التحكم في حياة الفرد له الدور الكبير في تقليل القلق، وخفض سلوك التجنب لديه في العلاج بالتعريض ". ولكن هذا لا يعني بالضرورة أن النظريات القائمة على انطفاء الاستجابة، والتعود خاطئة، و لكنهما اعتبراها غير كاملة.
(Mineka & Thomas, 1999, 754)

ثم أعقب وجهة نظر **منيكا وتومس** نموذج الشكبة العصبية لــ **تريون(٢٠٠٥)**- ليُغير موازيين الأمور بوِجَهته البيولوجية في التفسير- الذي فسر فاعلية العلاج بالتعريض من خلالها، على مبدأ ذاكرة التعلم التي توضح أن الاحتفاظ بالتعلم يعتمد على شبكة ذاكرة الخوف فى الدماغ الخاصة بكل فرد، ويقوم هذا التفسير على فكرة مؤداها أن التعلم والذاكرة يتشابكان في نقطة عصبية واحدة، وينبثق التحسن العلاجي من تغيير وزن الرابطة الخاص بالرابطة العصبية التقديرية المتعلقة بنقطة الاشتباك العصبى، ومن الممكن إعتبار ميكانيزم ذاكرة التعلم ميكانيزماً فاعلاً في العلاج بالتعريض؛ الذي نتمكن من خلاله تفسير الآثار العلاجية الايجابية، التي تحدثها معظم ميكانيزمات الفعل الأخرى المفسرة له مثل كف الاستجابة والتعود **(Tryon, 2005,81)** .

فمن هذا المنطلق، ترى الباحثة أن العلاج بالتعريض يُسهم في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب؛ من خلال توليفة من الآليات الفاعلة التي تعمد إلى تعديل سلوكهم والتخفيف من القلق والتوتر الذي يَنجُم عن مواجهتهم لمعظم المواقف الاجتماعية أو الأدائية المرهوبة، فالعلاج بالتعريض هو علاجٌ تكاملي ذو نزعة وظيفية تكيفية يسعى للتغلب على المفاهيم الخاصة بسوء التكيف، وسلوكيات التجنب، من خلال التفسير المُقنع لميكانيزمات الفعل المتمثلة في الكَفّ بالنقيض، والتعود، وفَعّالية الذات المدركة، وذاكرة التعلم، والتي تمتلك القدرة على إحداث هذا التغيير، بل

والتأكيد على عدم الاقتصار على آلية واحدة من الوصول إلى التحسن العلاجي المأمول، فهو بحق لُبّ علاج الفوبيات النوعية والاجتماعية واضطرابات القلق.

فقد برهن **كرساناإسكيا وآخرون** **(Kircanskia, etal, 2012, 750)** فاعلية التنوع في أساليب وفنيات العلاج بالتعريض، مقارنة بالاعتماد فقط على النماذج التقليدية له فى كَفّ استجابة الخوف لدى الأفراد، ولكن هذا لايعني عدم فاعلية تلك النماذج؛ ولكن استخدامها بمفردها لا يعني بالضرورة حدوث التحسن العلاجي المطلوب، فقد أكد على فاعلية التنوع في العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية، وفقاً لوجهات النظر المفسرة لفاعليته.

فيتضح من العرض السابق فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات القلق ولاسيما الفوبيا الاجتماعية، التي تعكس نمطاً سلوكياً يعبر عن اضطراب نفسى، وهذا يعنى أن الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية يعانون من العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية المختلفة التى تعيق تفاعلهم مع المواقف الاجتماعية المختلفة، مؤدية إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي.

ولندرة الدراسات العربية- في حدود علم الباحثة – التي تناولت العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، أو على الأقل التأكيد على أن معظم الدراسات التي تناولت التخفيف من الفوبيا الاجتماعية تندرج تحت طائلة العلاج بالتعريض، ليصبح العلاج بالتعريض مظلة كبيرة يُؤكد ويُفسر في طياته، بآليات فعله معظم الدراسات السابقة، فمن هنا باتت الحاجة مُلِحة إلى إعداد برنامج علاجي قائم على التعريض، ملمحه الأساسي مواجهة الطالب للمواقف الاجتماعية التي تُعدّ

مرهوبة بالنسبة له، من أجل التغلب على الفوبيا الاجتماعية لديه، مستنداً إلى التنوع في أساليب المواجهة المدعومة بآليات الفعل المفسرة له، لتعرض بهذا البرنامج وجهات النظر المختلفة المفسرة لفاعليته للعلاج بالتعريض ولكن بشكل عملي، يُبرهن الوجهة النظرية التي استندت إليها الباحثة التي تقوم على التنوع في أشكال وفنيات وأساليب العلاج التعريض .

وتتبلور مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسى التالي:

ما مدى فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة؟

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة الحالية في:

أولاً: الأهمية النظرية:

تكمن الأهمية النظرية للدراسة الحالية في تزويد المكتبة العربية بمثل تلك الدراسات التي تتناول فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، والقائم على التنوع في أساليب المواجهة، وذلك لندرتها – في حدود علم الباحثة – وما تقدمه من استعراض للأُطر النظرية المفسرة لفاعليته، ومبادئه العامة، وعناصره، وأشكاله، وفنياته، والعوامل المؤثرة في فاعليته.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية في الاستعانة بالبرنامج العلاجي المُعد والخاص بالعلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا

الاجتماعية لدى شريحة كبيرة من طلاب الجامعة، بالشكل الذي يمكنهم من التفاعل معها، مما يساعدهم على التوافق النفسي والاجتماعي.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تقديم برنامج علاجي قائم على التعريض للمواقف الاجتماعية المرهوبة بأشكاله المختلفة، والتعرف على مدى فاعليته في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة، ومدى استمرار فاعليته.

تحديد المصطلحات:

١-الفوبيا الاجتماعية Social phobia :

تعرفها الباحثة على أنها "خوف الفرد غير المنطقي والمستمر من بعض أو معظم المواقف الاجتماعية أو الأدائية، التي تنطوى على تهديد بالنسبة له، سواء كان التهديد متمثلاً في توقعه الرفض، أو أن يكون عرضة للتقييم السالب، أو السخرية من جانب الآخرين، والذي يُعد نتاجاً لشعوره بالدونية وضعف الثقة بالذات،وانعدام الشعور بالأمن، فيعتريه الضيق والقلق من تلك المواقف، فتنمو لديه رغبة قهرية في الانسحاب منها بالابتعاد عنها".

وتعرف إجرائياً :

بالدرجة التى يحصل عليها المفحوص على مقياس الفوبيا الاجتماعية المستخدم(إعداد: الباحثة).

٢-العلاج بالتعريض Exposure Therapy:

تعرفه الباحثة على أنه "منهج علاجى تكاملى ذو وِجَهة نظرية حديثة نسبيا، قائم على استراتجيات المواجهة فى كف الاستجابات غير المرغوب فيها وتعديل السلوك، بما يمتلكه من آليات وميكانيزمات فعل تتضح فى تعدد فنياته وأساليبه وأشكاله، لتجعل منه علاجاً فاعلاً في التخفيف من اضطرابات القلق، والفوبيات النوعية ولا سيما الفوبيا الاجتماعية".

وبرنامج العلاج بالتعريض هو إستراتيجية علاجية تكاملية تستند إلى التخفيف من الخوف والقلق لدى الفرد من خلال مواجهته للمواقف الاجتماعية التى تثير لديه الرعب بدلاً من تجنبها، حيث تعد هذه المواجهة المفتاح الرئيسى في خفض القلق والتوتر، ويتم التعريض على ثلاث مراحل الأولى منها: مرحلة التعريض التخيلي، والثانية : مرحلة التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري، وأخيراً: مرحلة التعريض الواقعي.

حدود الدراسة:

تتحدد هذه الدراسة من خلال العينة والأدوات والأساليب الإحصائية متمثلة في :

(أ) عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من "١٤" طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية ببنها، الفرقة الثالثة، شعبة التربية الفنية وشعبة تكنولوجيا التعليم وشعبة الرياضيات، وعددهم "٨" إناث و"٦" ذكور ممن يعانون من الفوبيا الاجتماعية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بالتساوي وبيانها كما يلي:

*مجموعة تجريبية قوامها "٧" طلاب ("٤" إناث، "٣" ذكور).

*مجموعة ضابطة قوامها "٧" طلاب ("٤" إناث، "٣" ذكور).

(ب) أدوات الدراسة :

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية :

١- مقياس الفوبيا الاجتماعية. (إعداد: الباحثة).

٢- مقياس وكسلر – بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين. (تعريب وتطبيق محمد عماد الدين ولويس مليكة، ١٩٩٦).

٣- برنامج العلاج بالتعريض للتخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة. (إعداد: الباحثة).

(ج) أساليب المعالجة الاحصائية:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية:

١- تحليل التباين البسيط لمجموعتين، بهدف التحقق من تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج الدراسة.

٢- اختبار مان ويتنى Man-Whiteny test للعينتين المستقلتين.

٣- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon signed rants test للعينتين المرتبطين وذلك باستخدام برنامج SPSS.

القسم الأول: الفوبيا الاجتماعية

Social Phobia

تُعدّ الفوبيا الاجتماعية أحد اضطرابات القلق الأكثر شيوعاً، ولقد حظيت اضطرابات القلق باهتمام واسع في مجال الصحة النفسية، وذلك للارتباط الوثيق بين القلق والعديد من المشكلات النفسية لدى الأفراد، التى جعلته محوراً أساسياً بل معياراً ومحكاً أساسياً للصحة النفسية، والتوافق النفسي والاجتماعي للأفراد ولاسيما طلاب الجامعة.

أولاً :مفهوم الفوبيا:

الفوبيا هى خوف مرضي غير مبرر، والخوف هو حالة (جسمية أو نفسية) يشعر بها ويحسها كل إنسان فى أثناء حياته (طفلاً أو راشداً أو كهلاً) من المثيرات والمواقف التى تهدده بالخطر سواء كانت صريحة أو مقنعة أى إنه حالة انفعالية داخلية كرد فعل يشعر بها الإنسان فى بعض المواقف، تدفعه إلى أن يسلك مبتعداً عن مصادر الخطر أو الضرر وهو استعداد فطرى. والخوف قد يكون سوياً وقد يكون غير سوى، ففى حالة إذا ما كان الخوف يتناسب مع مصدر خطر حقيقى يهدد حياة الإنسان كالخوف من الأسد، أو الخوف من ثعبان سام، أو الخوف من انتشار مرض فتاك، أو الخوف من حريق، أو زلزال .... إلخ فهو خوف سوى. أما إذا ما كان الخوف لا يتناسب مع مصدر الخطر أو تهويل الخطر على الرغم من أنه لا يمثل أى تهديد للإنسان، كأن يخاف من القطط، أو من الظلام، أو من الأماكن الضيقة فذلك الخوف غير السوى والذى يطلق عليه المخاوف المرضية أو الفوبيا **Pbobia** ، وهناك أيضاً الفوبيا التشريطية التى تتوقف على الخبرة السابقة تجاه موضوع الخوف. بينما الخوف من المجهول- أى أن يكون مصدر

الخوف مجهول- فذلك هو القلق **Anxiety** أو ما يطلق عليه أحياناً بالخوف الهائم أو الطليق (**هشام الخولى، ۲۰۱۰ ب: ۱۲۱**).

أ-تعريف الفوبيا:

تقوم الباحثة بعرض بعض تعريفات الفوبيا كمُدخل فقط لفهم الإطار الذى تنبثق منه الفوبيا الاجتماعية، أما التركيز الفعلي فسيكون على تعريف الفوبيا الاجتماعية موضوع الدراسة. وذلك فيما يلي:

عرف **معجم ولمان (۱۹۷۳)** الفوبيا على أنها: "الفوبيا خوف مرضي يقوم على إزاحة لخوف أصلي". **(Wolman,1973)**

وعرف حامد زهران (۱۹۷۸) الفوبيا على أنها "نوع من خوف دائم من موضوع أو شخص أو شيء أو مكان غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، ويعرف المريض أن هذا الخوف غير منطقي أو ليس له ما يبرره، ورغم هذا فإن هذا الخوف يتملكه ويحكم سلوكه، ويصاحبه القلق والعصابية والسلوك القهري ". **(حامد زهران، ۱۹۷۸: ٤۱۷).**

ويعرف عبد العزيز القوصي (۱۹۹۳): الفوبيا على أنها "حالة انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الفرد في بعض المواقف، ويسلك فيها سلوكاً يبعده عن مصادر الضرر، أما الخوف الكثير المتكرر الوقوع لأيٍّ منها فيسمى خوفاً شاذاً، وكذلك تضخم الخوف في موقف ما بشكل خارج عن النسبة المعقولة التى يتطلبها هذا الموقف عادة ما يعد أمراً شاذاً" .

(عبد العزيز القوصى، ۱۹۹۳: ۳۱٦).

ومن العرض السابق، يتضح أن الفوبيا هي خوفٌ مرضى غير منطقي دائم، من موقف أو موضوع أو شخص أو مكان معين، وأن هذه الأشياء لا تستدعي الخوف بطبيعتها، بشكل يجعل الفرد يستجيب لتلك الأشياء أو المواقف أو الأشخاص، بطريقة غير مقبولة لا تتناسب مع درجة خطورة الموقف، مما تجعله يلجأ إلى الهروب مستجيباً بذلك الموقف المرهوب، محاولاً بذلك التخلص من القلق الناجم عن هذا الموقف.

ب- تعريف الفوبيا الاجتماعية:

تعد الفوبيا الاجتماعية هي أحد اضطرابات القلق الأكثر شيوعاً، حيث تشير إلى الخوف غير المبرر والمستمر من بعض المواقف التى قد تتضمن نوعاً معيناً من التفاعل الاجتماعي، وتتطلب درجة معينة من الأداء، التى تجعل الفرد دائم الشعور بالتدقيق وإمعان النظر فيه من الآخرين، مما يجعله أكثر عرضة للتقييم السالب، والنقد في كثير من الموقف التى تتطلب أن يتفاعل معها بنجاح.

ولقد تعددت وتنوعت مفاهيم الفوبيا الاجتماعية من قبل العلماء والباحثين الذين تصدوا بالدراسة والتحليل لهذا المفهوم من كافة الاتجاهات، وفيما يلي عرض بعض تعريفاته والمفاهيم المرتبطة به.

فقد اتفق **(Garcia , et al., 2006). ; Shepherd & ; (Davidson,2004) ; (Hofmann, 2004) Edelmann, 2005) ; (Kashdan & Herbert, 2001 & (Lepine & Pelissolo ,2000),** على أن مفهوم الفوبيا الاجتماعية مرتبطٌ بمواقف التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين، وخاصة في المواقف التى يكون الفرد فيها عُرضة للنقد السالب من قبل الآخرين، وقد اعتبروا أن اضطراب القلق الاجتماعي يُعدّ مرادفاً لمعنى الفوبيا الاجتماعية، والتي تعنى الخوف غير المنطقي الملحوظ لواحد

أو أكثر من المواقف الاجتماعية، التى تجعل الفرد تحت الميكروسكوب، مما يجعله دائم الخوف من التقييم السالب.

ولقد شخص الدليل التشخيص والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الفوبيا الاجتماعية على أنها اضطراب القلق الاجتماعى، واعتبر الاختلاف بينهما هو اختلاف فى الدرجة لا فى النوع، أى الكم لا الكيف، علاوة على أن الفوبيا تتطلب وجود رغبة قوية فى تجنب المواقف الاجتماعية، وهذا يعنى أن كل الأشخاص الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية، يعانون أيضاً من القلق الاجتماعى، ولكن ليس كل الأشخاص الذين يعانون قلقا اجتماعياً لديهم فوبيا اجتماعية **(APA,1994,365)** .

وفيما يلي عرض لبعض تعريفات الفوبيا الاجتماعية:

عرف واطسون وفريند (Watson & Friend,1969: 450)القلق الاجتماعي بأنه "توليفة بين ثلاثة عوامل، هي معايشة الكدر والضيق، والتجنب الفعال للمواقف الاجتماعية، والخوف من التقييم السالب من الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة".

وعرفها الدليل **التشخيصى الأمريكى الثالث DSMIII (APA,1980:227)** على أنها "خوف غير منطقي ومستمر ورغبة قهرية في تجنب المواقف الاجتماعية، التي يعتقد فيها الشخص أنه سوف يتعرض للنقد من قبل الآخرين، أو أنه سيكون ملاحظا منهم، وكذلك خوفه من أن يسلك سلوكاً غير لائق ومسبباً للحرج".

وعرفه **ليتنبرج وآخرون(Leitenberg, et al 1986: 531)** على أنها "الشعور بالخوف والكدر والضيق الذى ينتاب الفرد عن مواجهة معظم

المواقف الاجتماعية المتوقعة والفعلية، حيث يشعر هؤلاء بعجزهم عن تكوين صورة جيدة عن ذواتهم أمام الآخرين، حيث يظنون أنهم موضعٌ للنقد والتقييم السالب من قبل الآخرين، مما يجعلهم يلجأون إلى الانسحاب من تلك المواقف، اعتقادا منهم أن تجنبهم لتلك المواقف، يقلل لديهم الشعور بالقلق والخزي".

عرف **محمود حمودة (١٩٩١، ٣٢٤)** الفوبيا الاجتماعية على أنها "الخوف من الخزى أو الارتباك فى المواقف العامة، وينشأ عن ذلك خوف ثابت من المواقف التى يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقد من الآخرين" .

وعرفها **أحمد متولى(١٩٩٣: ٢٥)** على أنها "حالة من الخوف التي تظهر فى مواقف التفاعلات بين الأشخاص، ويتصف فيها الفرد بالخجل الشديد خوفاً من أن يكون ملاحظا من الآخرين، وخوفه من أن يقيم بطريقة سلبية منهم، ويتميز الفرد أيضا بنقص المهارات الاجتماعية، ويتولد لديه أفكارٌ سلبية بخصوص الموقف الذى هو فيه ، وتظهر عليه بعض العلامات الدالة على عدم الراحة كتصبب العرق واحمرار الوجه ورعشة الجسم".

وعرفها **هوفمان (Hofmann, 2000: 719)** على أنها" نوع من أنواع اضطرابات القلق التى تتسم بالخوف الشديد، حيث ينتاب الفرد نوع من الإحجام عن واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية مثل الأكل أمام الناس، أو التفاعل الاجتماعى أثناء الحفلات وغيرها".

وعرفها **مصطفى الشرقاوى (٢٠٠٠: ٣٢٦)** على أنها حالة "من القلق والخوف التي تعترى الفرد بصورة خاصة عند التعرض للمواقف الاجتماعية، التي يخشى فيها الفرد من التعرض للنقد أو التقييم السالب، وتزداد هذه الحالات بشكل خاص فى الطفولة والمراهقة" .

وعرفها **ليبـــوتز وآخـــرون.(Liebowitz, et al., 2000: 1914)** على انها "الخوف الدائم من قبل الفرد من الوقوع تحت ملاحظـــة الآخـــرين، والقلق الشديد من الارتباك عند الخوض فى أحد المواقف الاجتماعيـــة مثـــل مقابلة أحد المسئولين، أو إلقاء خطاب أمام الطلبة، حيث ينتابه خـــوفٌ شـــديد من أن يسلك سلوكاً غير مناسب يجلب له الحرج والخزي" .

وعرفها **بارلو (Barlow,2000: 1249)** على أنها "خوف شديد وقلق مستمر، يجعل الفرد يتجنب بعض أو معظم المواقف الاجتماعية، الى تتضمن التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، وذلك لخوفه الشديد مـــن التقيـــيم الـــسالب، وشعوره المستمر بالحساسية نحو عدم الاستحسان من قبل الآخرين، وعـــدم الاندماج معهم في التفاعل".

وعرفتها **فاطمة الكتانى (٢٠٠٠: ٢٣)** على أنها "استجابة انفعاليـــة ومعرفية وسلوكية لموقف اجتماعى، يتضمن تهديد للذات، خوفاً مـــن التقيـــيم السالب من قبل الآخرين، الذى يؤدى إلى مشاعر الانزعاج والـــضيق، وقـــد يؤدى إلى الانسحاب الاجتماعي والتحفظ والكف" .

عرفتها **آمال الفقى (٢٠٠١: ٥١)** على أنها "ذلك النمط من السلوك الذي يتسم بالخوف غير المنطقى المرتبط بالمواقف الاجتماعيـــة المتعـــددة، والمطلوب من الفرد التفاعل معها بإيجابية، ولكنه ينسحب منها أو على الأقل يتجنبها، حتى يبتعد عن الشعور بالإحباط" .

وعرفها **محمد لطفى (٢٠٠٣: ٩)** على أنها "خـــوف مرضـــى ورهبـــة شديدة تتضح فى تجنب المواقف الاجتماعية، على نحو يشعر معه الفرد بأنـــه موضع نقد من الآخرين مع الخوف من التقييم السالب لسلوكه" .

وعرفها **أحمد عكاشة (٢٠٠٣:١٦١)** على أنها "الخوف من الوقوع محل الملاحظة من الآخر مما يؤدى إلى تجنب معظم المواقف الاجتماعية".

وعرفها **ترنر و باررت (Turner & Barrett, 2003: 827)** "أنها "الخوف المستمر والملحوظ في مواقف الأداء، التى من خلالها يحدث الحرج والارتباك لدى الفرد، حيث يكون الفرد دائم الخوف من التقييم السالب، وهذا الخوف يؤدي به إلى ظهور مزيد من الأعراض الجسمية عليه كإحمرار الوجه، وارتعاش اليدين، وتصبب العرق، وبمجرد شعور الفرد بظهور هذه الأعراض؛ يزيد القلق لديه، مما يجعله يتجنب تلك المواقف التى تخيفه أو المواقف التى يتوقع فيها حدوث القلق والحرج والارتباك **(قلق التوقع/الاستباق)**". **(Anticipatory Anxiety)**.

وعرفها **موريس (Morris,2004:17)** على أنها "خوف الفرد من المواقف التى يظن فيها أنه مراقبٌ من جميع من حوله، ويكون فيها الفرد مرتبكاً وخائفاً، من أن يفعل شيئاً يحرجه أو يجعل الآخرين يظنون به السوء، فيتجنب التفاعل معهم".

وعرفتها **تحية عبد العال (٢٠٠٦: ٤٧)** على أنها "حالة من الخوف والتهيب من المواقف الاجتماعية، تبدو على الفرد بسبب قصوره في مهاراته الاجتماعية، بصورة تجعله أكثر قلقاً في مواقف الأداء الاجتماعي التي يواجه فيها شعوراً بالخزي أو الاستياء، نتيجة لتعرضه للإساءة أو التهكم من قبل الآخرين".

وقد عرفت **هيريا وآخرون (Hirai, et al. ,2006: 265)** الفوبيا الاجتماعية على أنها "خوف الفرد المتزايد من معظم أو كل المواقف

الاجتماعية، التي يتعرض فيها للتقييم السالب، والذي ينتج عنه خوف ورهبة شديدة من تعرضه للنقد من قبل الآخرين، مما يجعله يتجنبها أو يبتعد عنها".

وتعرف الباحثة الفوبيا الاجتماعية على أنها" خوف الفرد غير المنطقي والمستمر من بعض أو معظم المواقف الاجتماعية أو الأدائية، التي تنطوى على تهديد بالنسبة له، سواء كان التهديد متمثلاً في توقعه الرفض، أو أن يكون عرضة للتقييم السالب، أو السخرية من جانب الآخرين، والذي يُعد نتاجاً لشعوره بالدونية وضعف الثقة بالذات،وانعدام الشعور بالأمن، فيعتريه الضيق والقلق من تلك المواقف، فتنمو لديه رغبة قهرية في الانسحاب منها بالابتعاد عنها".

ثانيًا: تشخيص الفوبيا الاجتماعية:

إنَّ مفهوم القلق الاجتماعى كان موجوداً فى القائمة التشخيصية والإحصائية للاضطرابات العقلية (DSM- I) **(الجمعية النفسية الإمريكية) (١٩٥٢)** تحت عنوان "اضطراب خصائص الشخصية" وفسر ذلك بمثال "الشخصية غير المستقرة انفعالياً"، وتشمل هذه الحالة أن يتفاعل مع موقف مثير، مع فقدانه الى درجة من الكفاءة فى مواجهة التوتر والضغط الناشئ عن هذا المثير، وعلاقته مع الآخرين، مع العلم أن هذا الشخص لديه قدر كبير من الشحنة الانفعالية السالبة تجاه الآخرين **(APA, 1952:86).**

وقد قام الدليل التشخيص والإحصائي الثاني للاضطرابات النفسية **DSM-II (١٩٦٨)** بتوسيع الاضطرابات النفسية والعصابية قليلاً في هذا التصنيف، ولكن لم يذكر مصطلح الفوبيا الاجتماعية، ولكن كان المصطلح قريباً من هستيريا القلق، وهستيريا الهلع، وكلاهما اشتمل على الخوف الشديد

في العلاقات مع الآخرين، وتم إدراجه ضمن اضطرابات الشخصية التي تمثل قصوراً في الكفاءة الاجتماعية للأفراد.

واشتمل أيضاً هذا التصنيف على قسم جديد هو الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين، وكان متمثلا فى رد الفعل الانسحابي في الطفولة أو المراهقة، وأشار أيضاً إلى العزلة، والانفصال، والحساسية الزائدة، والخجل، والجبن، وعدم القدرة على تكوين علاقات بين شخصية، كما اعتبر الخجل صفة عامة للشخصية، بينما اعتبر القلق ينشأ عنه مخاوف غير منطقية، مما يسبب الأرق واضطرابات النوم، والكوابيس، كما أشار إلى أن الفرد يتصف بضعف الثقة بالنفس، والخوف من المواقف الجديدة وغير مألوفة **(APA, 1968: 168).**

هذا، وقد ظل تشخيص الفوبيا الاجتماعية غير واضحٍ، إلى أن تم إصدار التصنيف الخاص بالدليل التشخيص الإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية **(DSMIII)** (١٩٨٠) والذي أحدث ثورة (طفرة) فى دراسة اضطرابات القلق فى الطفولة والمراهقة، ولاسيما الفوبيا الاجتماعية، وفرق هذا التصنيف بين اضطراب الشخصية التجنبية والفوبيا الاجتماعية وقد وضع بعض المحكات التشخيصية للتفرقة بينهما.

١-المحكات التشخيصية للشخصية التجنبية:

أ- الانكماش والتقلص المفرط، والمستمر فى التفاعل مع الغرباء.

ب- الرغبة الشديد من قبل الفرد فى التفاعل مع الوجوه المطمئنة بالنسبة له، من أفراد أسرته والأشخاص الحميمين له.

جـ- هذا السلوك التجنبى يؤثر بشكل كبير وسلبى على كفاءة الفرد الاجتماعية، وخاصة فى علاقته مع الآخرين، مما يؤدى إلى وجود

صعوبة كبيرة فى تكوين صداقات، وإن تكونت فيكون من الصعب الاحتفاظ بها.

د- يتراوح العمر من "٢" إلى" ١٨" سنة.

هـ- أن يعانى الفرد من هذا الاضطراب لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

٢-المحكات التشخيصية للفوبيا الاجتماعية:

أ- خوف مستمر وغير عقلانى، يصاحبه رغبة قهرية لتجنب المواقف الاجتماعية المختلفة، التى يظن فيها الفرد أنه مُعرضٌ للتدقيق والتفحص من قبل الآخرين، مع خوفه من أن يتصرف بشكل مربك أو مسبب للحرج بالنسبة له.

ب- شعور الفرد بدرجة حرجة من الضغط، بسبب الاضطراب والتسليم من داخله لهذا الخوف المفرط أو الزائد وغير المعقول.

جـ- أن لا يكون هذا الاضطراب عرضاً لمرض نفسي أو عقلي كالاكتئاب، واضطرابات الشخصية التجنبية. **(APA, 1980: 228)**

أما فى عام(١٩٨٧) صدر **الدليل التشخيصي الثالث المُعدّل**" **DSM III-R** " فوضع المحكات التشخيصية للشخصية التجنبية والفوبيا الاجتماعية.

وفيما يلي توضيح ذلك:

١-المحكات التشخيصية للشخصية التجنبية:

أ- الانكماش والقلق المستمر فى التفاعل مع الأشخاص غير المألوفين بالنسبة له، وذلك لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وهذا الاضطراب كافياً للتقليل من كفاءة الفرد الاجتماعية فى التفاعل مع الآخرين.

ب- الرغبة الشديدة فى التفاعل مع الأفراد المألوفين فقط بالنسبة له.

جـ- يتراوح العمر من" ٢"-"١٨" سنة.

د- إنَّ هذا الاضطراب ليس منتشراً بشكل كاف ومستمر، لذلك لابد من تشخيصه بشكل دقيق وواضح.

٢-المحكات التشخيصية للفوبيا الاجتماعية:

أ- خوف مستمر من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية، التى يكون الفرد من خلالها معرضاً للتدقيق من قبل الآخرين، والخوف الشديد من أن يتفاعل بشكل غير ملائم معها، ومثال ذلك شعور الفرد بأنه غير قادر على مواصلة التحدث أثناء الكلام فى مكان عام.

- اهتزاز اليدين أثناء الكتابة فى حضور الآخرين.
- التفوه بأشياء وموضوعات ساذجة.
- عدم قدرة الفرد على إجابة بعض الأسئلة المطروحة عليه فى الموقف.
- أن يشعر الفرد بالضيق من الطعام عند تناوله أمام الآخرين.

ب- لا يُفسَر هذا الاضطراب بواسطة اضطراب نفسى آخر، ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المرتبطة ببعض الأمراض النفسية الأخرى، كاضطراب الشره وفقدان الشهية العصبى، أو ارتباطه ببعض اضطرابات الكلام عند الأفراد، كالتهتهة أو التلعثم، وإنما يجب أن يكون هذا الخوف هو خوفٌ من التفاعل مع الآخرين.

جـ- عند تعريض الفرد المصاب بالفوبيا الاجتماعية لموقف اجتماعى يتضمن العديد من المثيرات الفوبيوية، فإن هذا الموقف سيثير على الفور والتو حالة من القلق والخوف لديه.

د- وجود قصور فى تكوين العلاقات الاجتماعية، مصحوبة بنقص في عدد الأصدقاء.

ه- يتم تجنب المواقف الفوبيوية التي تثير لدى الفرد قلقاً غامراً.

و- يتداخل السلوك التجنبى للفرد مع الكفاءة الاجتماعية له فى مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة، مما يجعله يشعر ببعض من أعراض الاكتئاب الذي يعد علامة مميزة للفرد الفوبيوى.

ز-يتعرف الفرد على خوفه، هذا على أنه غير عقلانى وغير منطقى، وفائق للحد.

ح- إذا كان الفرد تحت سن (١٨) عاماً فلا يتم وصفه على أنه الاضطراب التجنبى للطفولة والمراهقة.

ط- يتم تحديد النوع المعمم للموقف الفوبيوى، ، بمعنى أن معظم المواقف الاجتماعية تمثل خوفاً غير منطقى للفرد .**(APA, 1987: 312)**

ومما سبق، يتضح لنا أن الفرد الفوبيوى لديه عيب أو قصور فى القدرة على تكوين علاقات اجتماعية، كما أنه غير قادرٍ على المشاركة الاجتماعية الفعّالة بسبب القلق الشديد الذى ينتابه عند مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة، مما يجعله لا يؤدي أداءً اجتماعياً على المستوى المطلوب منه في مواقف الأداء الاجتماعي.

وفي الدليل التشخيص والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية "DSM-IV" (١٩٩٤) للفوبيا الاجتماعية ، تم حذف اضطراب التجنب فى الطفولة والمراهقة فى الأجزاء التى تم إجراؤها حديثا، حيث يتم تضمينها وتوحيدها مع الفوبيا الاجتماعية للتكامل معها، وجاء هذا الحذف بسبب تضاؤل الاختلاف بينهما. **وفيما يلى عرض المحكات التشخيصية الخاصة بالفوبيا الاجتماعية:**

أ- خوف مميز بعلامة محددة ومستمر، خاص بأحد المواقف الاجتماعية أو الأدائية، التى يكون الفرد من خلالها معرضا لأفراد غير مألوفين بالنسبة

له، أو للتدقيق من قبل الآخرين، ومنها خوف الفـرد مـن أن يتـصرف بطريقة غير ملائمة أو مخزية.

ب- يثير التعريض لمعظم المواقف الاجتماعية المرهوبة القلق لدى الأغلبيـة منهم، ومن الممكن أن يأخذ شكل التقييد بموقف ما، أو آخر ذو خبـرة سلبية سابقة لخوف شديد.

جـ- لابد من أن يعرف الشخص الفوبيوى أن خوفه فـائق الحـد، وغيـر معقول، وغير منطقي، أو غير مبرر.

د- يتم تجنب المواقف الاجتماعية المخيفة أو الأدائية، بـسبب وجـود قلـق غامر، مصحوباً باكتئاب شديد.

ه- يؤثر تجنب الفرد للمواقف الاجتماعية والأدائية المخيفة فى حيـاة الفـرد اليومية أو الروتينية، مما يؤثر على كفاءته الاجتماعيـة، والوظيفيـة، والمهنية، والأكاديمية مما يجعله يشعر باكتئاب بسبب الفوبيا.

و- أن يعانى الفرد من هذا الاضطراب لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

ز- لا يفسر هذا الاضطراب بواسطة اضطراب نفسى آخر، ولا يرجع إلـى التأثيرات الفسيولوجية المرتبطة ببعض الأمراض النفـسية الأخـرى، كاضطراب الشره، أوفقدان الشهية العصبى، أو أي اضـطراب عقلـى آخر مثل (اضطراب الشخصية الفصامية).

ح- أن يكون هذا الخوف أو التجنب لا يرجع للآثار الفـسيولوجية المباشـرة لتناول بعض العقاقير الطبية . **(APA, 1994:367)**

وقد أورد الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع المعـدل للاضـطرابات النفسية والعقلية" DSM-IV-IR" (۲۰۰۰) بعض المحكات التشخيـصية للفوبيا الاجتماعية:

أ- هى خوف ملحوظ، ومميز، ومستمر، وغيـر عقلانـي مـرتبط بـبعض المواقف الاجتماعية أوالأدائية، التى يشعر فيها الفرد بالتقييم السالب.

ب- استجابة التجنب التي تنتج قلقاً غامراً لدى الفرد، قد تم استبدالها في هــذا التصنيف لتعكس معاناة الفرد من بعض الهجمات المرعبة من قبل بعض المواقف التي تنطوي على تهديد كبير، مما تجعل الفــرد يتجنــب هــذا الموقف للتخلص من هذا التهديد.

جـ- إنَّ هذه التهديدات تكون تكهنية غير معلومة مسبقاً، فقد تكون مرتبطــة بالموقف ذاته فتكون نوعية، أو تكون مرتبطــة بمــزاج الفــرد وحالتــه النفسية، هذا يعنى أن التجنب إنما هو ناتج عن وجود مثيــرات نوعيــة مرعبة، تسبب للفرد تهديدات مرعبة فى مواقــف اجتماعيــة أو أدائيــة مختلفة.

د- أن يستمر القلق الناتج عن المثيرات المرعبة لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

ى- لا يفسر هذا الاضطراب بواسطة اضطراب نفسى آخر، ولا يرجع إلــى التأثيرات الفسيولوجية المرتبطة ببعض الأمراض النفسية الأخرى.

(APA, 2000: 454-455)

صعوبات تشخيص الفوبيا الاجتماعية لدى البالغين:

على الرغم من الاستخدام الواســع للمحكــات التشخيــصية للفوبيــا الاجتماعية، إلا أنه تواجهنا بعض الصعوبات في التشخيص وهي:

أ- التعريفات مبهمة ومتروكة للحكم الإكلينيكى ومن هذه العبارات: "خــوف ملحوظ وثابت ومستمر"، كما أن بعض المواقف تشتمل على قلق غامر، واكتئاب غامر، والتي تتداخل مع حياة الفرد الاعتيادية اليومية.

ب- يوجد أربعة محكات أساسية خاصة لتحديد الاضطراب وهــى (معنــى العلاقات مع الآخرين، وتعبير القلق، والحدس، والمدة)، بالإضافة إلــى وجود بعض الهجمات أو التهديدات المرعبة فى بعض المواقف، وأنــه من المفترض تحديد أو وضع نموذج لهــذه التهديــدات يــستخدم فــى التشخيص.

جـ- لم يتم التوصل إلى قوة جهاز القياس السيكولوجى الخاص بالتشخيص لدى الشباب بشكل تام.

د- قلة الأساليب المقترحة للتفرقة بين الفوبيا الاجتماعية والاضطرابات الأخرى.

و- الجدال بين مصطلحى "اضطراب القلق الاجتماعى" ومصطلح" الفوبيا الاجتماعية"، على اعتبار أن القلق الاجتماعي هو أعم وأشمل من الفوبيا الاجتماعية، على الرغم من ذلك يظل استخدام مصطلح "الفوبيا الاجتماعية" مسيطر ومهيمن فى كثير من أدبيات البحث.

(Kearney, 2005: 17-18)

ويشتمل مفهوم الفوبيا الاجتماعية أيضاً على بعض المفاهيم الرئيسة ومنها الانسحاب الاجتماعى، ويشير هذا المصطلح إلى اضطراب الشخصية التجنبية **(APD)**، الذى يُعدّ نموذجاً للمنع الاجتماعى، ومشاعر فقدان الثقة، والحساسية الزائدة من التقييم السالب .

(APA, 2000: 457)

وقد فرق **كرنبرج وآخرون .Kernberg, et al** (٢٠٠٠) بين اضطراب الشخصية التجنبية لدى الأطفال وبين الفوبيا الاجتماعية، حيث اعتبر أن اضطراب الشخصية التجنبية، يميل فيها الفرد إلى الإتيان ببعض الآخرين المحيطين بهم كمؤيدين لهم، وكمساندين، وليسوا محل نقد أو جدال، كما أنه لم يحدث لهم تهديد من قبل هجمات مرعبة من بعض المثيرات المحيطة بهم، كما أن هذا الفرد تعوزه الكثير من المهارات الاجتماعية، ولديه قصور في التعبير عن المشاعر، بمعنى أن لديه درجة كبيرة من الاليكسيزيميا، ويكون خائفاً من الاقتراب من المثير غير المألوف، أما فى

حالة الفوبيا الاجتماعية فيكون الفرد خائفاً ممن حوله، خائفاً التعرض للنقد أو التقييم السالب من قبل الآخرين المحيطين به، كما أنه يتلقى بعض التهديدات من المثيرات المرهوبة مما تجعله يسعى إلى تجنبه
(Kernberg ,et al., 2000:35) .

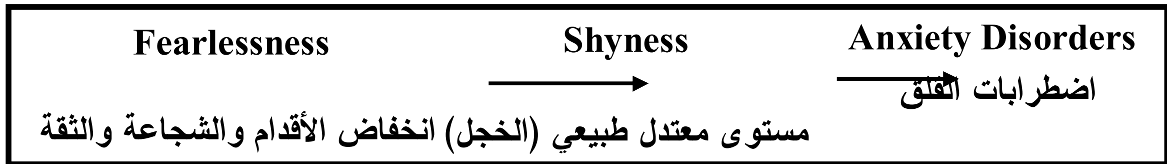
ثالثًا: الفوبيا الاجتماعية والمفاهيم المرتبطة بها :

تعد الفوبيا الاجتماعية من أكثر الموضوعات ارتباطاً وتشابكاً مع الكثير من المفاهيم الأخرى، كاضطراب الهلع، والخجل، والمنع السلوكي، والانسحاب الاجتماعي، والقلق الاجتماعي، واضطراب الشخصية التجنبية، وتجتمع كل هذه المفاهيم مع الفوبيا الاجتماعية في أنها جميعها تُمثل صعوبات جسيمة وجوهرية، في القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جيدة ومناسبة مع الآخرين، كما ترتبط أيضاً بشكل كبير بتقبل الفرد لذاته وثقته في نفسه، وشعوره بالكفاءة الاجتماعية التى تساعده على التفاعل مع من حوله.
(Mosia & Morris, 1998, 213)

وقد قدم **مك نـــل McNeil**(٢٠٠١) متصلاً يوضع وينظم الأنماط المختلفة للشخصية غير الاجتماعية.

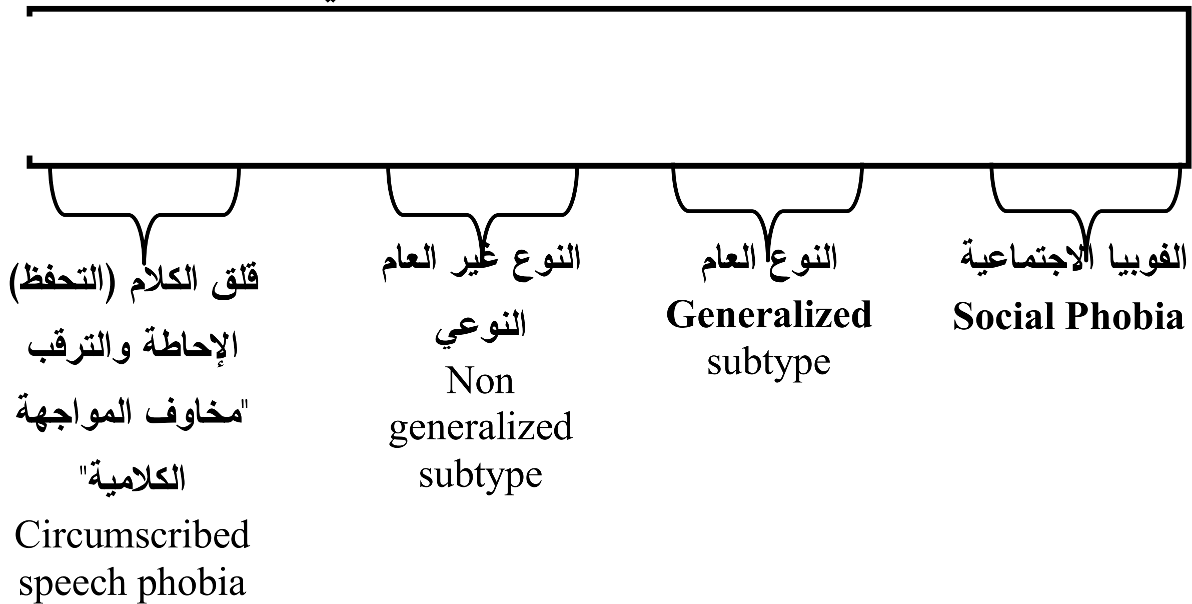
شكل (١)

متصل القلق الاجتماعي



شكل(٢)

متصل اضطرابات القلق الاجتماعي



يبين شكل" ٢" متصل درجات الشخصية الاجتماعية المختلفة، حيث يبين الرسم التخطيطي أن هذا المتصل يبدأ بانخفاض الاقدام والثقة في الذات في أدنى المتصل، بينما يحتل الخجل منتصف المتصل وهو الوضع الطبيعي أو المقبول، ثم يأتي في أعلى المتصل اضطرابات القلق.

ويوضح المتصل الثاني أنماط اضطرابات القلق المختلفة التى تبدأ ببعض القلق أثناء الكلام والتحفظ من الآخرين في أدنى المتصل، وصولاً إلى الفوبيا الاجتماعية في أعلى المتصل، أما في الوسط فتأتي الفوبيا الاجتماعية النوعية، ثم يليها الفوبيا الاجتماعية المعممة. **(McNeil, 2001: 12)**

وفيما يلي عرض لبعض المفاهيم المرتبطة بالفوبيا الاجتماعية:

أ-الخجل:Shyness

يعرف على أنه حالة عاطفية أو انفعالية معقدة، تنطوي على شعور سلبى للذات، أو شعور بالنقص والعيب، مما يبعث لديها عدم الارتياح، والضيق من وجودها مع أفراد آخرين، فتسعى إلى تجنب هذا الموقف. وهذا يعنى أن الخجل يتداخل مع مفهوم الفوبيا الاجتماعية، حيث يعتبر الاختلاف بين الخجل والفوبيا الاجتماعية هو اختلاف في الدرجة أي في الكم لا الكيف، حيث إن كلاهما توتر وخوف من مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة. ومثال ذلك فإن الشخص الخجول يمكن أن يذهب إلى حفل مثلاً، ولكن يفضل أن يبقى بمفرده، بينما الفرد الفوبيوي لا يذهب نهائياً إلى هذا الحفل، فإذا تصورنا أن الخجل يشخص على معيار الخوف الاجتماعي، وكأنه على متصل معه فالدرجة المنخفضة في هذا المتصل تعبر عن الخجل، والدرجة المرتفعة على المتصل تعبر عن الفوبيا الاجتماعية. كما أن كليهما يتشابهان في الصعوبة في مقابلة الآخرين، الصعوبة في بدء المحادثات، وصعوبة في تعميق الشعور بالمودة مع الآخرين، وصعوبة في التفاعل مع الآخرين، ضعف الثقة بالنفس.

(Henderson & Zimbardo, 2001: 58); (Lewinsky, 1991: 107)

على حين تعكس الفوبيا الاجتماعية خوفاً غير منطقي من معظم المواقف الاجتماعية، متمثلاً في خوف من التقييم السالب من الآخرين، وهؤلاء الأفراد يعبرون عن الحزن والقلق بشكل يبدو لمعظم الناس بأنه غير

طبيعي، ويشعر من حولهم أنهم في محنة لمجرد تعريف أنفسهم للآخرين. ولكن الخوف في حالة الخجل لا يصل إلى الحد المرضى، الذى يعوق الفرد تماماً عن ممارسة حياته الاجتماعية، ويتضح بذلك الفرق بين الخجل والفوبيا الاجتماعية.

إذا ما تصورنا أن الخجل يشخص على معيار الخوف الاجتماعي، وكأنه على متصل معه، فالدرجة المنخفضة في هذا المتصل تعبر عن الخجل، والدرجة المرتفعة من المتصل تعبر عن الفوبيا الاجتماعية، بينما يأتي الخلط بينهما في أن كلاً من: الخجول والشخص ذو الفوبيا الاجتماعية يتشابهان في الصعوبة في مقابلة الناس، والصعوبة في بدء المحادثات، والمحافظة على استمراريتها، وصعوبة في تعميق شعور المودة مع الآخرين، وصعوبة في التفاعل داخل المجموعات، الشعور بمستوى منخفض في التوكيدية وتقرير الذات.

(Zimbardo & Henderson, 2000: 75);(Walsh, 2002: 139)

كما أن الخجل يعد الصورة الأولية للفوبيا الاجتماعية، حيث إن إهمال علاج الخجل قد يتحول إلى فوبيا اجتماعية بما فيها من مشكلات وآثار سلبية على الفرد **(Olivares, et al., 2002: 528)**.

ب-الكف السلوكي Behavioral Inhibition:

هو مرتبط بالانطواء على الذات والشعور بالخجل، وهو نوع من أنواع الخوف والجبن، والتجنب، والحذر، فيما يتعلق بالمثيرات الجديدة مثل الغرباء أوالمواقف الاجتماعية غير المألوفة.

(Kagan, et al., 1988: 169).

ويعد الخجل أكثر ارتباطاً بالكف (المنع) السلوكي، فهو بمثابة قوة داخلية تمنع الأفراد من بناء علاقات اجتماعية مع الآخرين أو الاستمرار فيها، ويعد الكف السلوكي مؤشراً (مُنَبِّئاً) للانسحاب الاجتماعي والفوبيا لدى الشباب.

(Hayward, et al., 1998:1311); (Schwartz, et al., 1999 :1010)

وعلى الرغم من أنه يبدو الكف السلوكي والخجل والفوبيا الاجتماعية لهم خصائص مرتبطة ببعضها البعض، علاوة على أنها تحدث في وقت واحد، إلا أنه ثمة اختلافات مهمة بينهم، حيث يظهر الخجل بنية أضعف نوعاً ما من الكف السلوكي، حيث يرجع الخجل إلى شعور الفرد بعدم الارتياح.

(Rothbart & Mauro, 1995: 199).

بينما يرجع الكف السلوكي إلى أسباب متنوعة وخاصة المرتبطة بالمواقف الجديدة، أو التى تتضمن الانسحاب من تلك المواقف، والبعض الآخر يَرَى أن الكف السلوكي نوعاً فرعياً من الخجل **(Beidel, et al., 1999: 646)**. وخلاصة القول ليس جميع الأفراد الذين يعانون من المنع السلوكي ينمو بالضرورة لديهم الفوبيا الاجتماعية والعكس صحيح.

(Biederman, et al., 2001: 1675)&(Schwartz, 1999: 1014)

ج-الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal:

هو مفهوم وثيق الصلة بالفوبيا الاجتماعية، وهو الرغبة الشديدة والملحة لترك أو تجنب معظم المواقف الاجتماعية، التى تنطوي على تفاعل اجتماعي، مما يؤدي إلى انخفاض معدل العلاقات الاجتماعية عن معدلها الطبيعي.

(Rubin, et al., 2003: 380).

كما تعد الوحدة الاجتماعية سمة من سمات الأفراد الانطوائيين، ولكن ينبغي علينا التميز بين العزلة الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي، حيث إنه

من الممكن أن ينبذ بعض الأطفال قريناً لهم بسبب عدوانيته، بالرغم من محاولته التفاعل معهم.

(Rubin, et al., 2002: 337)

وتعددت أسباب الانسحاب الاجتماعي عند الأفراد، فيكون سبباً فيها شعور الفرد بالانطواء الذاتي، والخجل، والمنع السلوكي، أو بعض الاضطرابات العقلية والنفسية متضمنة الاكتئاب، والقلق، والسلوكيات غير التكيفية الأخرى، ويعد المنع السلوكي مُنَبئاً للانسحاب الاجتماعي في الطفولة المتأخرة والمراهقة والرشد. **(APA, 2000: 457)**

ومن المتوقع أن ينسحب الأفراد من معظم المواقف الاجتماعية بسبب وجود قصور لديهم في المهارات الاجتماعية، أو أن لديهم مهارات اجتماعية ولكنهم لا يستطيعون أن يطوروا منها بشكل صحيح؛ يمكنهم من التفاعل مع غيرهم، مما يجعلهم يشعرون بالعجز وعدم الكفاية وفقدان القدرة على السيطرة على الموقف، ومن ثم تظهر بعض السلوكيات غير التكيفية لديهم. **(Barkley, 1998:135)**

ويُعدّ السبب الرئيسى في الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين، هو الشعور بنعدام الأمن، وانخفاض تقدير الذات، والاعتماد على الغير، وضعف الثقة بالنفس، والرفض من قبل الأقران والآخرين، والقلق، والاكتئاب. كما تتعقد كلما تقدم عمر الفرد لتصبح مركبة، ويمكن تعديل الآثار السلبية للانسحاب الاجتماعي من خلال الإرشاد المشترك للأسرة مع الطفل، ومحاولة حل بعض مشكلات السلوك.

(Rubi, et al., 2002: 489)

د-القلق الاجتماعي والأدائي:

Social and Performance anxiety

يعد القلق الاجتماعي والآدائي من أهم المفاهيم التى تبدو متداخلة ومتشابكة بدرجة كبيرة مع الفوبيا الاجتماعية والانطواء الذاتي، والخجل، والمنع السلوكي، والانسحاب الاجتماعي، والذى يمكن تعريفه على أنه مثير فسيولوجي معاكس في المواقف التى تتطلب تفاعلاً اجتماعياً معيناً، أو كفاءة آدائية معينة، وهذه المواقف تتضمن شعور الفرد بالتقييم السالب من قبل الآخرين، مصحوباً بقلق شديد أو خوف شديد من الضرر، ورغبة شديدة في الهروب أو تجنب تلك المواقف.

(Schlenker & Leary, 1982: 693)

ويعد القلق الاجتماعي والآدائي رد فعل طبيعي في معظم المواقف، على سبيل المثال شعور الفرد بالقلق عند مقابلة شخصية لأول مرة،، أو إجراء مقابلة شخصية من أجل الحصول على وظيفة، أو أداء امتحان شفوي، أو العزف على أداة موسيقية أمام الآخرين، ولكن إذا زاد هذا القلق عند حده وأصبح غير منطقي وغير مبرر، انقلب إلى قلق غير سوي، وأصبح فوبيا أى خوف غير منطقي يؤثر بشكل مباشر وملحوظ على أدائه العام. **(Kearney, 2005: 8)**

ه- اضطراب الهلع Panic Disorder:

يحدث للفرد المصاب باضطراب الهلع نوبات من الهلع بشكل تلقـــائي فى المواقف التى يخاف الفرد أن تحدث له فيها نوبات من الهلع، أو يخـــاف من عدم قدرته على الهرب منها، وهذا يعني أن المواقف الاجتماعية هي التي تثير نوبات الفزع المرتبطة باضطراب الهلع، وهذا علـــى العكـــس تمامـــاً، فالمصابون باضطراب الهلع لا يخافون من التعـــرض الاجتمـــاعي ولكـــنهم يهتمون أكثر بنوبات الهلع نفسها، ويخافون من التواجد بمفردهم، ويفـــضلون

التواجد مع مجموعة من الناس حتى يجدوا العون أثناء نوبة الهلع، فالشخص ذي الفوبيا الاجتماعية قد يحدث له نوبات هلع شريطة تواجده في موقف اجتماعي يشعر فيه بأنه عرضة للنقد والتقييم السالب من قبل الآخرين. أما نوبات الهلع لمريض الهلع يحدث في أوقات مختلفة، ولا تشترط وجود موقف اجتماعي.

وتعد نوبات القلق المرتبطة باضطراب الهلع التى تظهر في المواقف الاجتماعية معوقاً كبيراً في التفاعل الاجتماعي لهم، ومع هذا فإن مرضى اضطراب الهلع لا يخافون من التعرض للمواقف الاجتماعية، حيث إن اهتمامهم يكون منصباً بالأحرى على نوبة الهلع التى تحدث لهم في ذاتها، أكثر من الخوف من الموقف الاجتماعي. وذلك على خلاف مرضى الفوبيا الاجتماعية، حيث يكون خوف مرضى الفوبيا الاجتماعية من أن يكونوا موضع ملاحظة وإمعان من قبل الآخرين، ومرضى اضطراب الهلع مثلاً من الأماكن المتسعة، حيث يسعون إلى طلب المساعدة والعون من الأفراد المحيطين بهم، لا تجنبهم.

(Jonathan &Davidson, 2000: 94); (Mazin & El Sageh, 2001: 651).

و-اضطراب الشخصية التجنبية

Avoidant personality disorder:

لقد وضح الإصدار الثالث من الدليل التشخيص والإحصائي الاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٨٠) أوجه التشابه بين الفوبيا الاجتماعية واضطراب الشخصية التجنبية، حيث وضح أن أعراض كل منهما: التجنب ، والحساسية الزائدة نحو النبذ، والخوف من التقييم السالب من الآخرين، مما يجعلهم يشعرون بالإحباط والتوتر، ثم تبدأ معظم الأعراض الفسيولوجية في الظهور، والشعور بعدم الكفاءة الاجتماعية. وقد حدد أيضاً الدليل التشخيصى

والاحصائي الثالث للاضطرابات النفسية والعقلية، أن اضطراب الشخصية التجنبية يحدث في المرحلة العمرية من(٢ – ١٨) سنة، ومن أمثلته الخوف من الغرباء، والاختلاف بينهم هو اختلاف في الكم لا فى الكيف.

(APA, 1980:54) .

وقد أشار **كرينى ودركي (٢٠٠٢) Kearney & Drake**، أن القلق الاجتماعي قد يكون تكيفياً في طبيعته، أما عندما يزيد عن حده فإنه يؤدي إلى الفوبيا الاجتماعية التي تؤدي الى زيادة اليقظة في المواقف الاجتماعي المختلفة، مما يجعله معوقاً للتفاعل الاجتماعي، كما أن الأفراد يكتسبون مستويات حادة جداً أو أشكالاً فائقة من القلق الاجتماعي، تجعلهم يلجأون إلى تجنب تلك المواقف هروباً من المثيرات المرهوبة، مما تقلل من كفاءة الفرد الاجتماعية والآدائية.

(Kearney & Drake, 2002:330)

رابعًا: مكونات الفوبيا الاجتماعية:

تتنوع المظاهر والمكونات الدالة على وجود الفوبيا الاجتماعية، بين مكونات فسيولوجية، ومكونات معرفية، ومكونات سلوكية، ومكونات نفسية وبيان ذلك فيما يلي:

أ-المكونات الفسيولوجية:

تتضح المظاهر الفسيولوجية للفوبيا الاجتماعية، من خلال الشعور بالصداع، وزيادة ضربات القلب، والارتعاش، والتوتر العضلي، والشعور بالغثيان والقئ، والألم بالمعدة، والدوار بالرأس (الدوخة)، وزيادة تصبب العرق، والإسهال، وكثرة التبول.

ب-المكونات المعرفية:

وهي مجموعة من ردود الأفعال لدى الفرد المصاب بالفوبيا الاجتماعية، كنتيجة لبعض الأفكار اللاعقلانية لديه، ومن أمثلة هذه الأفكار: القلق الشديد من إحداث الضرر بالذات، وأفكار من أن شيئاً سوف يفزعك، وأفكار من أن تظهر أحمق أو غبياً، وأفكار عن استنكار الذات، وأفكار عن غياب الدقة، وعدم الكمال والتركيز الشديد في المشكلة، وأفكار عن التقييم السالب، وأفكار عن فقدان الصديق أو الحميم.

ج-المكونات السلوكية:

تتضح من خلال الفشل في السلوك الاجتماعي، والتجنب والهروب من المواقف الاجتماعية، وضعف الثقة بالنفس، ونقص التواصل بالعين، ونوبات من الغضب والبكاء، واحتباس الصوت، والجمود في العلاقات، والتشبث ببعض الأشياء، والتعلق ببعض الطقوس، والانسحاب من معظم المواقف الاجتماعية (كالخوف من الظهور أمام الناس)، والميل إلى أن يكونوا مستمعين أكثر منهم مشاركين، والامتناع عن الأكل أو الشرب أمام الناس، والشعور الدائم بمراقبة الآخرين لهم.

د-المكونات النفسية:

تتضح المكونات النفسية للفوبيا الاجتماعية في ضعف الثقة بالنفس، والتردد ، والقلق، والجبن، والخجل، وانخفاض تقدير الذات.
(Kearney & Drake, 2002: 335 – 336); (Kearney, 2005: 9).

خامساً: أنماط الفوبيا الاجتماعية:

للفوبيا الاجتماعية نمطين أساسيين هما :

(أ) الفوبيا الاجتماعية المعمَّمة Generalized Social Phobia:

وهو نمط من الفوبيا الاجتماعية الذي يكون فيه لدى الأفراد مخاوف من معظم أو كل المواقف الاجتماعية، وهؤلاء الأفراد يُوصفون بأن لديهم خبرة مزمنة من معظم أو كل المواقف الاجتماعية، حيث تعد تلك المواقف أكثر إثارة للقلق بالنسبة لهم مما تجعلهم يسعون إلى تجنبها، ويتصف هؤلاء الأفراد بالحساسية الزائدة، وتقدير الذات المنخفض، وبعض السلوكيات غير التكيفية وغير الملائمة للمواقف المختلفة، وصولاً إلى الشخصية التجنبية.

(ب) الفوبيا الاجتماعية النوعية Discrete Social Phobia:

وهو نمط من الفوبيا الاجتماعية الذى يكون فيه لدى الأفراد مخاوف من مواقف اجتماعية معينة دون الأخرى، مثل الخوف من الأكل، أو الشرب، أو التحدث، أو الكتابة أمام الآخرين، أو الخوف من أن يكونوا موضع ملاحظة أو تقييم من الآخرين، وهؤلاء الأفراد يشعرون بعدم الارتياح والحساسية للذات، والخوف من التقييم السالب، هذا يعني أنهم يعانون من نوع واحد خاص من الفوبيا في موقف اجتماعي محدد، ويوصف هؤلاء الأفراد بالانغلاق، والتمركز حول الذات، وعدم الرغبة في التفاعل الاجتماعي. **(Stein, et al., 2001: 81 – 82)**

ومن جهة أخرى ميز **ايزنك Eysenck (١٩٦٩)** بين نمطين آخرين للفوبيا الاجتماعية، بحسب درجة أو شدة أو حدة الفوبيا وهما :

(أ) الفوبيا الاجتماعية الانطوائية:

ويتسم فيها الشخص بالميل للعزلة، ولكن مع القدرة على العمل بكفاءة ونجاح مع الجماعة إذا اضطر إلى ذلك، ولكنه يحافظ على العمل بمفرده بعيداً عن المشاركة الاجتماعية.

(ب) الفوبيا الاجتماعية العصابية:

فيها يعاني الفرد من القلق المستمر الناتج عن الشعور بالدونية، والحساسية للذات بصفة عامة، وأثناء وجوده مع الرؤساء بصفة خاصة، ويعاني أيضاً من الخوف والهلع من الخبرات التى تشعره بالضعف، ويعاني أيضاً من الشعور بالوحدة النفسية، ويدخل الشخص في صراع نفسي بين رغبته في مصاحبة الآخرين وخوفه من هذه المصاحبة.

(Eysenck, 1969: 39)

سادساً: نظريات الفوبيا الاجتماعية:

تعددت النظريات المفسرة للفوبيا الاجتماعية من حيث نشأتها وتطورها، ومن أهم هذه النظريات: نظرية التحليل النفسى، والنظرية السلوكية، ونظرية التعلم الاجتماعى، والنظرية المعرفية، والنظرية الوراثية. وبيان ذلك فيما يلى:

أ-نظرية التحليل النفسى:

يبين رائد الكلينيكية فى مصر وفى العالم العربى **صلاح مخيمر (١٩٧٧)** أن الفوبيا تنشأ من جدولة القلق إلى موضوع خارجى، فتكون بمثابة مخاوف تشريطية، وإذا تدخلت الإزاحة (بمعناها الفسيح الذى يشمل الإسقاط) تكونت الفوبيا بمعنى الكلمة، وفى كل هذه الحالات يكون الدفاع بالعزل، أى بتجنب الموضوع البديل، أو الموقف البديل (الذى يعود إلى الموضوع أو الموقف الأصلى)، وهنا يبتعد الشخص بكل كيانه .

(صلاح مخيمر، ١٩٧٧: ١٨)

ويعد الخوف من الحفزة الغريزية الخطرة (القلق) هو المنطلـــق، وإن بقى على هذا الحال فهو عصاب القلـــق بمعنـــى أن الطاقـــة المتبقيـــة تعـــد (كخميرة) بعد كبت الصراع أى كبت الحفزة من حيث هى فكرة وجزء كبيـــر من طاقتها. وتعتبر هستيريا القلق مرادفة لعصاب القلق.

(صلاح مخمير، ١٩٧٧: ١٧)

وهستيريا القلق حين تتفجر، يتبعها فى الأغلب ظهور فوبيا، بمعنـــى تجنب الموقف أو المدركات المثيرة للقلق. وأحياناً ما يكون من الممكـــن فـــى الواقع تجنب القلق باستحداث فوبيا ملائمة، تدفع الأنا ثمنها بالحد من حريتها. عندئذ يمكن أن يبلغ المريض إلى نقطة ميتة، حيث يكون الخطر الغريزى قد تحول كلية وبنجاح إلى خطر خارجى" .

(أتوفينخل، مترجم، ١٩٦٩:٢٤٦)

وتذكر **سامية القطـــان** (١٩٨٢) أن **أيـــدلبرج** يـــرى أن الموقـــف الفوبياوي يؤدى إلى الشعور بالرعب، بما يتيحه من مثيرات تقـــوم بتنـــشيط الرغبات المكبوتة (الأوديبية) في العادة والدفاعات ضد هذه الرغبات، وحيث أن مصدر هذا الرعب لا شعورى، فإن محاولة الهروب منه بتجنب الموقـــف الخارجى يمكن أن تهدف الخوف، ولكنها لن تشفى الفوبيا. وترى أيـــضاً أن ثمة ميكانيزمات أربعة أساسية يبدو أنها فعالة فـــى الفوبيـــا وهـــى: ابتعـــاث "التكتل" الغريزى المضاد، والإسقاط والإزاحة والتجنب (رغبـــة ليبديـــة يـــتم طردها بابتعاث حافز عدوانى، ورغبة لا شعورية يتم إسقاطها علـــى شـــيء خارجى، وعندئذ تصبح مزاحة على موضوع مختلف (ثانوى)، والذى يصبح عندئذ مرهوباً، فيتم تجنبه(**سامية القطان، ١٩٨٢: ٣**)

وللفوبيا الاجتماعية أهداف ومكاسب ثانوية، فقد يعبر المريض عنهـــا بطريقة لاشعورية فى أن يعتمد على الآخرين، وأن يعتنوا به حينمـــا يجـــذب انتباهم ويلتفون حوله، وقد يهدف إلى التحكم فى الأشخاص المحيطـــين بـــه، والهروب من المواقف المحيطة **(حامد زهران، ١٩٩٠: ٧١)**.

كما أن وجود أية إزاحة إنما يرجع بالتأكيد إلى الدفاع، هـــذا الـــذى يجعل الأفكار الأصلية لا شعورية، ومن ثم يتحتم قيام بدائل له. وتعد استجابة الخوف هى حيلة دفاعية لا شعورية يحاول المريض أثناءهـــا عـــزل القلـــق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين فى حياته اليومية وتحويله إلـــى فكرة أو موضوع أو موقف رمزى ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلى.

ولذلك يعلم المريض عدم جدوى ذلك الموقف وعدم خطورته، ولكنه مع ذلك لا يستطيع التحكم فى هذا الخوف أو السيطرة عليه، وقد يكون هـــذا الخوف خوفاً من الأماكن المتسعة، أو من موقف محدد، أو من حيوان ما، أو من موضوع يوجد بالبيئة وغير ذلك، وهو ما يعرف بالمخاوف النوعية، كما قد يكون خوفاً من مواقف اجتماعية معينة، ومن التواجد وسط الغرباء وهـــو ما يعرف بالخوف الاجتماعى، وأن استجابة الخوف تتسم بعدد من الـــسمات يمكن أن تتحدد فى ضوئها، وهى أنها لا تتناسب مع الموقف المثير لهـــا، ولا يمكن تفسيرها منطقيا ولا يستطيع الفرد التحكم فيها لا إرادياً وتـــؤدى إلـــى الهروب، وتجنب الموقف المخيف **(أحمد عكاشة، ٢٠٠٣:١٨٢)**.

والبديل، على نحو ما وصفه فرويد، "هو من ناحية يـــرتبط بـــروابط أكيدة مع فكرة ثم رفضها، وهو من ناحية أخرى يفلت من الكبت بسبب عـــدم اتضاح هذه الفكرة". والإزاحة فى هستيريا القلق تكشف عـــن أن الـــدفاع لا يقتصر على تجنب القلق بتجنب المواقف التى يمكن أن تُطلِق القلـــق. وقيـــام

البدائل يثبت أن الكبت وغيره من الميكانيزمات يستخدم أيضاً. فـالقلق فـي هستيريا القلق يطلق قوة كبت هائلة. ويفعل الكبت، وكثيراً ما تكون الفوبيـات ذات مضمون غائم وغير محدد". **(أتوفينخل، (مترجم)، ١٩٦٩: ٢١٥)**

وتعد الفوبيا الاجتماعية صورة من صور النرجسية الشديدة، ويعتبـر النكوص إلى الطفولة هو العامل المشترك في جميع الفوبيات بـصفة عامـة، والفوبيا الاجتماعية بصفة خاصة **(سيجموند فرويد، ١٩٨١: ٨٥)**

والتحليل النفسي يعتبر الفوبيا الاجتماعية عرضاً يدل على صراع لاشعوري بين الأنا وبين حفزات الهو التي تم كتبها من قبل، وهذه الحفزات يفترض أنها جنسية أو عدوانية في طبيعتها، ويمكن تتبعها إلى خبرات الطفولة الباكرة وفي محاولة الأنا لتجنب تعبير تلك الحفزات عن نفسها، يستخدم جهاز الأنا ميكانيزم الكبت

(أولتمانز وآخرون،(مترجم)،٢٠٠٣: ٤٧)

ويرى المحللون النفسيون أن العلاج بالتحليل النفسي يهدف إلى الكشف عن الأسباب الحقيقية، والدوافع المكبوتة، والمعنى الرمزي للأعراض، وتصريف الكبت، وتنمية المريض، وتكوين عاطفة طيبة بداخله نحو مصدر الخوف، وتنمية الثقة بالنفس، وتشجيعه على الاعتماد على نفسه، واكسابه الخبرات، وتنمية الشعور بالأمن والأقدام والشجاعة لديه .

(حامد زهران، ١٩٩٠: ٤٢١)

ب- النظرية السلوكية:

يتضمن تفسير السلوكية للقلق اتجاهين أساسيين ضـمن التيـار العـام للسلوكية، فهناك تيار السلوكية التقليدية الذى ظل مُخلِصاً للـسلوكية برفـضه للاشعور، ولكنه تبنى فيما عدا ذلك مفاهيم التحليل النفسى إلـى الحـد الـذى

أصبحت معه مجرد صياغة سلوكية لفنيات التحليل النفسى وتصوراته، ولـم يكن فى هذا بلا شك ما يقنع السلوكيين بـسلوكية هـذا الاتجـاه؛ فظهـرت السلوكية الجديدة التى تعرف بتعديل السلوك لـ **"ولبـى" Wolpe (١٩٥٨)** إلى الحد الذى أُنكر معه كل حديث عن الصراعات والأعراض المرضية بل وأُنكِر كل حديث عن الشخصية، فمسالك الفرد إنمـا تنـتج عـن الـتعلم أو الاكتساب فى صورة تشريطات كلاسيكية أو إجرائية يتتابع بعضها إثر بعض على شكل عادات، وما الفرد فى تصورهم إلا مجموعة من العادات.

وإذا كان القلق مع تيار السلوكية التقليدية قد غدا مرادفاً للتوتر الذى يدفع الكائن إلى المحاولة والخطأ حتى يقع على سلوك خـافض للتـوتر فيكـون التعزيز والتعلم، فإن القلق مع تيار السلوكية الجديدة **(تعديل السلوك)** قد غـدا قائماً برأسه ينشأ عن تشريطات عبر عملية التعلم ويعمل العلاج على إزالتـه بتشريطات مضادة **(هشام الخولي، ٢٠١٠ أ :١٤٨-١٤٩)**.

ومن هنا يرى أنصار النظرية السلوكية أن الفوبيا هي خـوف مـزاح مصدره غير معروف بالنسبة للفرد، وهذه المخاوف تُـدعى بالتـشريطية أي التى تَنتُج عن خبرة الألم فى حضور بعض العلامـات الخارجيـة؛ فيحـدث ارتباطاً شرطياً بينهما، فعندما يقوم الفرد بأداء استجابة صريحة، فإنـه فـى نفس الوقت يقوم بأداء استجابة داخلية من قبيل التفكير والمشاعر، فإذا عوقب على سلوكه الصريح فإن ايتان هذه الاستجابة يصبح علامة خوف، وحيث إن تلك الأفكار والمشاعر ترجع إلى دوافع داخليـة، فإنهـا يمكـن أن تـصبح موضوعات لصراع **(اقتراب – اجتناب)** بحيث يكون حدوثها مرغوباً مرهوباً في آن واحد **(Hackmann, et al., 2000: 601)**.

وقد فسر **دولارد – ميللر** دافع الخوف بكونه ركناً أساسياً في الـصراع الشعوري الذى يعتبر أساس الاضطراب النفسي، أي أنه عند عتـاب الطفـل

على الاستجابات غير السوية التى يحاول أن يُـــشبَع بهـــا دوافعـــه الأوليـــة، فيكتسب دافع الخوف كنتيجة لارتباط هذه الاســـتجابات بـــالألم النـــاتج عـــن العقاب، ويصبح الخوف مرتبطاً بهذه الاستجابات وكذلك بالـــدوافع الأوليـــة، ومن ثم يقع الفرد في صراع كلما شَعُر باحتياجه إلى إشباع تلـــك الحاجـــات، وهو صراع بين الدافع الأصلي وبين الخوف المرتبط بإشـــباع هـــذا الـــدافع **(Kearney, 2006: 161)**.

ويرى **مخيمر** أن ديالكتيكية الحياة تقتضى كل شـــئ يلـــد نقيـــضه، وأن يدخل هذان النقيضان فى صراع يتمخض عنه ائتلاف جديد، يكون بمثابة شئ جديد عليه أن يلد نقيضه ليكون صراع النقيضين وهكذا فى غير توقف**(هشام الخولي،٢٠١٠ أ: ١٥١)**.

كان ذلك عرض موجز عن وجهة نظر السلوكية في تفسيرها للفوبيا، وفيما يلي عرض موجز للتباين بين وجهات نظر مُنَّظرون السلوكية، وفيمـــا يلي بيان ذلك.

١- نظرية الاشتراط:

❖ **نظرية الاشتراط الكلاسيكى:**

ترجع نظرية الاشتراط الكلاسيكى الأبحاث التي أجـــراه **واطـــسون** مؤسس السلوكية من أجل دراسة الخوف على الطفل "**ألبرت**" وكان هذا الطفل متبلد الحس لا ينفعل، وفى التاسعة من عمره تم اختيـــاره كمفحـــوص، وتـــم اختبار الخوف لديه فوجدا أنه لم يبد خوفاً من عدة أشياء: الفـــأر، والأرنـــب، والكلب، والقرد، وقناع ذا شعر، أو بدون شعر، وكان الحدث الوحيد الذى بدا أنه يخيف "**ألبرت**" هو صوت مرتفع ينجم عن طريق قضيب حديدى بواسطة الشاكوش، وبدأت محاولات **واطسون**، حيث قدم له فأراً أبيض مـــن إحـــدى

السلالات، ولمجرد وصول "**ألبرت**" للحيوان، استخدم أحد الباحثين شاكوشاً فى طرق قضيب حديدى موضوع خلف رأس الطفل، وهكذا قفز "البرت" بعنف وسقط إلى الأمام. **(لندا دافيدوف، (مترجم)، ١٩٩٧: ٢٠٣)**.وقد أظهر الطفل "**ألبرت**" علامات الخوف من رؤية الآخرين فقد عَمَّم خوفه من الفئران البيضاء إلى غيرها من الأرانب ذات الفراء الأبيض، والقطن، والمعطف من الفراء الأبيض، ومن هذا يتضح أن المخاوف مُتَعلمة وفقاً لرؤية **واطسون** **(Jonhnson, 1985: 171)** .

❖ **نظرية الاشتراط الإجرائى:**

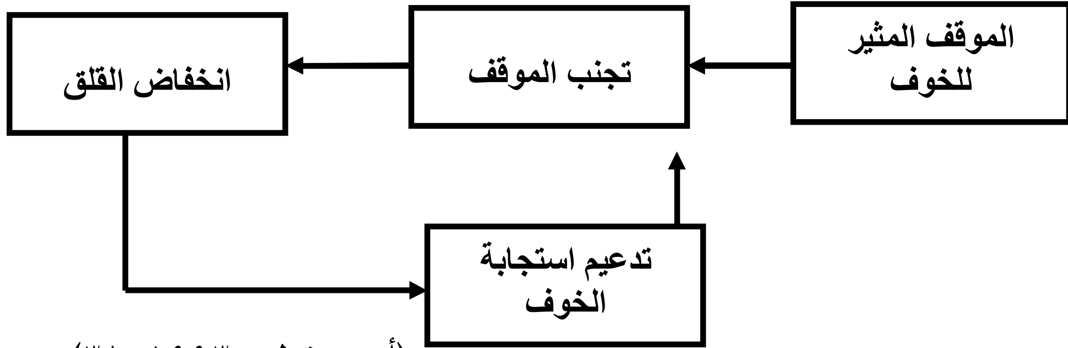
يُركز الاشتراط الاجرائى على أبحاث **واطسون** التى أجراها فى الاشتراطية الكلاسيكية، ويعد **واطسون** مؤسس المدرسة السلوكية، الذي اعتبر أن الفرد وسلوكه هو نتاج لعملية التعلم، فالشخصية فى نظره ما هى إلا حاصل مجموعة من العادات السلوكية، وأن العادة ما هى إلا سلسلة من الأفعال المنعكسة الشرطية، حيث تعمل نهاية كل منعكس شرطى كمثير لمنعكس شرطى آخر **(سامية القطان، ١٩٩١: ١٨)**.

فالتعزيز الاجتماعى المُمَثل فى الانتباه والالتفاف من جانب الوالدين تجاه الطفل، يكون مصدراً مُهمًّا لتكوين المخاوف لديهم، ومن الممكن أن يتعلموا الخوف من خلال ملاحظة آبائهم أو من خلال ملاحظة أشخاص آخرين مهمين لهم **(Grazian, et al., 1979:806)** . فالفوبيا من هذا المنطلق سلوك غير سوى، تم تعلمه طبقاً لمبادئ الاشتراط الإجرائى عند **سكنر** والتي تتمثل في شكل "**٣**".

(حامد زهران، ١٩٩٠: ٤١٩)، (أحمد متولى، ١٩٩٣: ٣٨).

شكل (٣)

يوضح ديالكتيكية الفعل الشرطي المنعكس في الفوبيا



(أحمد متولي، ١٩٩٣: ٣٨)

ويتضح من الشكل "٣" أن **سكنر** أكد على أن الطفل يكتسب ارتباطاً جديداً بين مثير واستجابة متعلمة ومعززة، والتعلم الشرطى قد يؤدى إلى تكوين بعض الاستجابات الفوبيوية ولكنه لا يمثل العامل الوحيد **(عبد الرحمن عيسوى، ١٩٩٤ :١٨٨)**. فالفوبيا الاجتماعية إنما تنشأ وفقاً لهذه النظرية كنتيجة لخبرة واحدة أو أكثر من الخبرات الصدمية التشرطية، فمثلاً الخوف من إلقاء كلمة أمام جمع من الناس إنما يقترن بخبرة مأساوية مؤلمة، كتعرضه مثلاً لموقف انطوى على نقد سالب من قبل الآخرين، سَبَّب له الارتباك مما أدى إلى إحداث الحرج له، حيث أظهر" ٥٨% "من الأفراد في دراسة أجريت على المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى يميلون إلى تُذكر الخبرة الشرطية السالبة التى أدت إلى القلق الاجتماعى لديهم **(Ost & Hugdahl, 1981: 943)** .

فالفوبيا فى الاشتراط الإجرائى هى نتاج لعملية التعلم، التى تتضمن سلسلة من الأفعال الشرطية المنعكسة التى تُدخِل الفرد فى دائرة مفرغة، ما إنَّ ينتهى من منعكس شرطى ليبدأ منعكس اخر، ويلعب التعزيز والتدعيم من جانب البيئة دوراً مُهمًا فى تكرار حدوث الاستجابة الشرطية، أى إنَّ الفوبيا

فى السلوكية الإجرائية تقوم على تعزيز الاستجابة على عكس الفوبيـا فـى السلوكية الكلاسيكية التى تقوم على تعزيز المثير المرهوب.

٢- نظرية العاملين:

تُعدّ نظرية العاملين **لـ مورار Mowrer** دمجاً للاشتراط الكلاسيكى والإجرائى فهى تتضمن عاملين: الأول: يشير إلى أننا نـتعلم الخـوف مـن وجود المثير المرهوب **(الاشتراط الكلاسيكي)**، ويشير العامل الثانى: إلـى أن خفض الخوف والقلق يكون من خلال الهروب وتجنب الموقف المثير، حيـث إنَّ تجنب الموقف المرهوب يقلل من التوتر، ومن ثم يعد بمثابة تعزيز سـلبي للخـوف**(الاشـتراط الإجرائـي)(Houston, et al., 1979: 570)** . والفوبيا سلوك غير سوي تم تعلمه، فحينما تتوافر بذور الخوف في موضوع أو موقف معين، فإن الشخص يتجنب هذا الموقـف أو الموضـوع المثيـر للخوف، فإذا وَجِد أن هذا التجنب (السلوك) أدى إلى تخفيف هذه المخـاوف؛ فإن هذا يُعدّ بمثابة تعزيز يقلل من حدة شعوره بالقلق، فيُدَّعم سلوك التجنـب لدي مما يؤدي إلى مزيد من التجنب للحصول على مزيد من خفض القلـق، ويدور في دائرة مفرغة لا يكاد يخرج منها**(حامد زهران، ١٩٩٠: ٤١٩)**.

وقد أرجعت النظرية السلوكية الفوبيا الاجتماعية إلى عـاملين، **الأول** :السلوك المكفوف، **والثاني:** النشاط الفسيولوجي، اللذان يحدثان في التفاعلات الاجتماعية المختلفة، حيث ارجعوا أن المرحلة المبكرة للفوبيـا إلـى الكـف **Inhibition**، والقلق الناشئ عنه والذى يطلق عليه قلق كَفّ السلوك، الـذى يعمل كمنبأ للفوبيا الاجتماعية لدى الأفراد، وما يعترى الفـرد مـن بعـض التغيرات الفسيولوجية الناجمة عن هذا القلق ومحاولة تجنبه لتلـك المواقـف المثيرة له أو الخوف لديه. **(Stemberger, et al.,1995: 527)**

٣- نظرية التعلم الاجتماعي:

تُعزى الفوبيا الاجتماعية طبقاً لهذه نظرية التعلم الاجتمـاعي لـــــ " **باندورا"Bandura"**، إلى نقص في المهارات الاجتماعية، التى تتعلم بفعل القدوة أو النموذج **(Model)**، وتكتسب الفوبيا من خلال مـشاهدة الآخـرين المحيطين بهم. والخوف المرضى وفقاً لتلك النظرية مكتسب ومـتعلم نتيجـة ملاحظة سلوك الآخرين، فالسلوك يتشكل بالملاحظة، فحينما يلاحـظ الطفـل سلوكاً خاطئاً، فإنه يتعلمه.

(Fyer, et al., 1993:288); (Reich&Yates, 1988: 74) & (Tillfors, et al., 2001:295).

وأكد **باندورا** على أربع عمليات رئيسة تُعدّ الأساسية بل والأهم فـي حدوث التعلم الاجتماعي وهي : عمليات الانتباه، وعمليات الحفظ، وعمليـات الأداء الحركي، وعمليات الدافعية.**(Bandura, 1977: 35)**.

والفوبيا من وجهة نظر نظرية التعلم الاجتماعي ما هي إلا اسـتجابات متعلمة من خلال المحاكاة والتقليد للآخرين، فيعتبـر خـوف الأطفـال مـن الأشياء أو المواقف قد يكون السبب الرئيسى فيها إذا تم ملاحظته مـن قبـل الوالدين، حيث إنَّ الطفل يُقَلد لاشعورياً كل ما يحدث حولـه، فيخـاف ممـا يخاف منه الكبار، مما يسبب لهم نقصاً في المهارات الاجتماعية الـضرورية للتفاعل الاجتماعي، فيزيد من تجنبهم للمواقف المختلفة بل والانسحاب منهـا، وعدم القدرة على بدء الحوار مع الغرباء، علاوة على أنه يفتقر إلى كثير من إمكانيات التواصل غير اللفظي كالتواصل بالأعين والإيماءات، فيلجـأ إلـى تجنب تلك المواقف للتقليل من التوتر والقلق الناجم عنها.

(Nelson, et al., 2000: 799); (Lieb, 2000: 863)

ويرى **باندورا** أن التعلم عن طريق ملاحظة الآخرين يتم بطريقة مباشرة بما يسمى بالتعلم بالنيابة أو العوض، وأن التعلم بالملاحظة يختصر عملية التعلم، ويشير إلى أنه إذا كان على الفرد أن يعتمد كلية على أفعاله ليتعلم، فإن معظمنا لن يتعلم **(لندا دافيدوف، مترجم،١٩٩٧:٢٣٨)**

وهذا يعني أن النمذجة امتداداً لنظرية الاشتراط الإجرائي حيث افترضت أن السلوك يتغير من خلال الخبرات البديلة كالمكافآت، مثل المكافآت المادية، أو القيمة المعرفية للسلوك المنمذج، فمن الممكن أن يتم خفض المخاوف مثلاً من الكلاب، من خلال رؤية طفل آخر يقترب من الكلب، ويثاب على ذلك**(Graziano, et al., 1979: 806)**.

كما أن معظم الاضطرابات النفسية إنما يتم اكتسابها بفعـل النمـاذج السلوكية الخاطئة، وأن القصور في المهارات الاجتماعية قـد يـؤدي إلـى ضعف في التفاعل الاجتماعي لدى الأفراد، والانسحاب من معظم المواقـف الاجتماعية، مما إلى تفاقم الحالة فتدخل في طور من الاضطرابات الذهانيـة **(Biederman, et al., 2001: 1677)**.

وأخيراً، يمكن علاج الفوبيا الاجتماعية عن طريق العلاج السلوكي الشرطي، وكَفّ الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة، وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك، وفك الاشتراط، والتعرض لموقف الخوف ذاته مع التشجيع، والمناقشة، والاندماج، وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة، والتعويد العادي في الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة، ومنع استثارة الخوف، واستخدمت طريقة التحصين التدريجي بصفة خاصة **لـ ولبي** والتي طورها **لانج** لتصبح علاجاً مستقلاً يدعى العلاج بالتعريض**(حامد زهران، ١٩٩٠: ٤٢١)**، **(Rachman, 1977: 381)**.

ومن هذا المنطلق، يمكن توضيح وجهة نظر المدرسة السلوكية فـــي العلاج الذي يقوم على عمل انطفاء للعلاقة بين المثير والاســتجابة (**محمــد غانم، ٢٠٠١: ٦٥**). ومنه يمكن علاج الفوبيــا الاجتماعيــة عــن طريــق استخدام أساليب التعود، والكَفّ بــالنقيض، والاســترخاء، والتــدريب علـــى المهارات الاجتماعية(**عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣: ٧١**).

فالفوبيا الاجتماعية من تلك الوجهة مكتسبة ومتعلمة؛ حيث يتعلم الفرد السلوكيات غير المرغوب فيها من خلال ملاحظة فرد آخر يؤديــه؛ فتُعــزى الفوبيا الاجتماعية لدى الطفل إلى نقص فى المهــارات الاجتماعيــة لوالديــه والتى يكتسبها من خلال محاكاتهم، فيُعد الوالدين بمثابــة "إنمــوذج" يحاكيــه الطفل ويقلده فالفوبيا استجابة مكتسبة ولكن عن طريق الخطأ، ويمكن علاجها عن طريق تقديم نموذج صحيح للطفل ويطلب منه محاكاته، وبالتــالى يُكــف السلوك غير المرغوب لديه على أن يعقبه تعزيز أو تدعيم من قبل المحيطين به.

ج- النظرية المعرفية :

للنظرية المعرفية دورٌ مُهمٌّ في تفسير الفوبيا، والتى أشار روادها إلى أن الأخطاء في التفكير مثل تكوين الاتجاهات السالبة عن الذات، والمعتقدات اللاعقلانية هي المسئولة عن ظهور السلوك الفوبيوي عند الأفراد **(Emmlkamp, 1985: 351)**.

وقد وضعوا تصوراً لنموذج معرفي قائم على ثلاثة فروض وهي:

(١) ***الفرض الأول***: إن كل فرد يكون مدفوعاً لتجنب المثير، الذى يحرك توقعات الخطر البيئي.

(٢) ***الفرض الثاني:*** وجود جديد متغير للشخصية أطلق عليه "حساسية القلق"، وهو متغير خاص بالشخص نفسه وهو متغير مناسب لتفسير الفوبيا، حيث إن الأفراد الذين لديهم مستويات مرتفعة من هذا المتغير، هم أكثر الأفراد عُرضةً للفوبيا.

(٣) ***الفرض الثالث:*** إن الأفراد يتعلمون أن المثير البيئي الذى يسبب لهم الخوف، سيجعلهم قلقين. **(Reiss &McNally, 1983: 107)**

وتقترح أيضاً أن التقديرات السلبية للذات والتفسيرات الخاطئة للأحداث، والتفكير المشوه، والتوقعات غير الواقعية، والمعتقدات غير المنطقية، والحوار الداخلي للأفكار، جميعها تلعب دوراً مُهمًّا في إحداث الاضطرابات النفسية بصفة عامة، والقلق الاجتماعي بصفة خاصة. **(أحمد متولي، ١٩٩٣: ٥٠).**

كما أن هذه الأفكار اللاعقلانية ليست وليدة اليوم، بل وقد تنبه لها الفلاسفة الإغريق إلى الطريقة التى ندرك بها الأشياء وليس الأشياء ذاتها، وهي التى تصف سلوكنا بالاضطراب أو بالسواء. وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف **أبيقوس** "***لا يضطرب الناس من الأشياء، ولكن من الآراء التى يكونونها عن تلك الأشياء*** "**(عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٣: ١٤٠).**

والأفكار اللاعقلانية موجودة لدى الفرد، متمثلة في ما يحمله من أفكار ومعتقدات وآراء عن ذاته وعن الآخرين، ثم عن المواقف المختلفة التي تعد هي المسؤولة عن إصابة الفرد باضطراب الفوبيا الاجتماعية.

(Kearney,2005:53);(Merikangas & Angst,1999:299–300)

وتلعب العمليات العقلية الدور الأكبر في التأثير على انفعالات الفرد، حيث أنَّ انفعال الخوف والقلق إنما ينشأ عن مجموعة من العمليات العقلية،

التى تنطوي على مجموعة من الأفكار اللاعقلانية، وغيرالمنطقية عن بعض المواقف، التى تجعل الفرد يتجنبها للتخفيف من حدة توتره، وخوفه **(Newman, etal., 1994:505)**. ويؤثر التقدير المبالغ فيه لتوقع تكرار حدوث الحوادث السلبية، والاحتمالات المبالغ فيها **(**التكافؤ السلبي**)** المرتبطة بهذه الحوادث، دوراً مهُمًا في نشأة الفوبيا عند الأفراد، وهذان السببان يعدان بمثابة مقياس للانحراف المعرفي، الذى يعد السبب في حدوث الفوبيا، ويكون العلاج من خلال تصحيح هذا الانحراف.

(Foa & Kozak, 1986: 25)

وتؤكد النظرية المعرفية على الدور المُهمّ الذى تلعبه المعارف في نمو واستمرار القلق الاجتماعي، فالأفكار السلبية والتحريفات المعرفية، والاعتقادات اللاعقلانية، وأحاديث الذات السلبية، كلها تعب دوراً في إحداث الاضطرابات النفسية عامة، واضطراب القلق الاجتماعي خاصة.

وفيما يلي عرض النماذج المعرفية النظرية الحديثة التى تؤكد وجهة النظر المعرفية السلوكية للفوبيا الاجتماعية وهي:

١- نموذج بيك وإمري وجرنبرج **Beck; Emery& Greenberg**

٢- نموذج كلارك ويلر. **Clark & Wells**

٣- نموذج رابي وهيمبرج. **Rapee & Heimberg**

٤- نموذج بارلو . **Barlow**

وفيما يلي عرض توضحي لهم:

١- نموذج بيك وإمري وجرنبرج (١٩٨٥)

Beck; Emery & Greenberg.

تعتبر هذه النظرية أولى النظريات المفسرة لاضطرابات القلق بوجه عام، والفوبيا الاجتماعية بشكل خاص، حيث افترض **بيك وامري** أن الفوبيا الاجتماعية إنما ترجع المعتقدات والأفكار المرتبطة بالخلل الوظيفي، التى

يتمسك بها الأفراد عن أنفسهم، وكذلك عن الأفكار والمعتقدات عن الطريقة التى يتعاملون بها في المواقف الاجتماعية.

وطبقاً لهذا النموذج فإن الشخص المصاب بالفوبيا الاجتماعية ينتابه القلق عند الاشتراك، أو توقع الاشتراك في موقف اجتماعي، وذلك للشعور بعدم الكفاءة، والحساسية المفرطة من التقييم السالب من المحيطين به، والأفكار التى تراوده لذهنه باستمرار عن وقوعه في الفشل، وما ينطوي عليه من تهديد يجعله يتجنب تلك المواقف، وذلك لمحاولة التقليل من هذا القلق، وتؤدي ذلك إلى دخول المريض في داخل مفرغة تؤدي بدورها إلى استمرارية القلق والتوتر.

والفرد الفوبيوي، يشعر بصفة مستمرة بالتهديد الاجتماعي الذى بدوره يؤدي إلى الخوف من معظم المواقف الاجتماعية، مما يسبب له مجموعة من الأعراض الجسدية والسلوكية التى تعد مصدراً إضافياً للشعور بالعجز، وعدم التفاعل الاجتماعي، وذلك نتيجة للأفكار السلبية التى تمتلك المصاب وتتداخل مع قدرته على أداء الأدوار الاجتماعية.

ويشمل هذا النموذج مستويين من العمليات المعرفية وهما النواتج المعرفية **Cognitive products**، والأبنية المعرفية **Cognitive structures**. وتتضمن النواتج المعرفية المعارف والأفكار التى يكون الفرد على وعي بها، أما الأبنية المعرفية فتتضمن المخططات المعرفية التى تعمل على تنظيم الخبرات ومعالجة المعلومات، وتكون على المستوى العميق للفرد، بمعنى أن الفرد لا يكون على وعي بها، لذلك فهي الأكثر ثابتاً واستمراراً لديه، وهذه المخططات يمكن تعديلها باستمرار خلال خبرات الحياة التى يمر بها الفرد.

(Hudson & Rapee, 2000: 104 – 105);(Musa & Lepine, 2000: 60)

وقد أشار **بيك وإمري** إلى المخططات المعرفية غير التوافقية هي المسئولة عن ظهور الفوبيا الاجتماعية لدى الأفراد، حيث تركز تلك المخططات على إدراك التهديدات والضرر، وأيضاً على المبالغة في الإحساس بقابلية التعرض للقلق والخطر، وما تنطوي على تأثير مباشر على الأفراد بشكل يتضمن الحذر واليقظة للمثيرات المخيفة وتجاهل المثيرات المحايدة، والتحيز في تفسير المثيرات المهددة اجتماعياً والغامضة، التى تجعل من وجودها في الذاكرة سبباً فى توقع الكوارث، والتعميم الزائد للنتائج السلبية التى تحدث في الموقف الاجتماعي، ومن أمثلة الأفكار المختلة وظيفياً "**إنهم يعتقدون أننى غبي، وأنهم يضحكون ويسخرون منى، وبالتالي أرغب ألا أكون هناك، وأود الذهاب إلى البيت**".

ومن هنا يمكن القول أن نموذج **بيك وإمرى** ارتكز على نوعين من الأفكار، هما: الأفكار التلقائية السالبة، والمعتقدات المختلة وظيفياً، حيث اعتبرا أن الفرد ذي الفوبيا الاجتماعية، ينتابه مجموعة من الأفكار التى تشعره بعدم الكفاية، وعدم القدرة على مواجهة المواقف المختلفة، وأنه عاجز، وغير مقبول اجتماعياً. أما عن المعتقدات المختلفة وظيفياً فهي ترتبط مع بعضها البعض داخل ذاكرة الفرد مكونة المخططات المعرفية التى تعد أيضاً هي المسئولة وبشكل مباشر، عن التوقعات المنخفضة عن ذواتهم، والنظرة السلبية والانهزامية للذات، والتقييم السلبي لذواتهم في معظم المواقف الاجتماعية. **(Beer & Garland, 2005: 261)**

(٢) نموذج كلارك وويلز (١٩٩٥): بؤرة الذات وسلوكيات الأمان

Clark and Wells(1995): Self focus and safety behaviours

قدم **كلارك وويلز (١٩٩٥)** نموذجاً معرفياً للفوبيا الاجتماعية، افترضا فيه أن الأفراد الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية ، يكونون انطباعاً سالباً عن الصورة التى يبدون بها أمام الآخرين، وأن هذا الانطباع يتكون من

أفكارهم ومشاعرهم وإحساساتهم الداخلية، لما جعل الملمح الأشمل لهذا النموذج هو التركيز على معالجة الذات كهدف اجتماعي، في علاقاتها بالمعارف والأفكار اللاعقلانية الخاطئة، التى بنيت على أساس الانطباعات الشخصية السالبة عن الذات، التى يعتقدون أن الآخرين سوف يسخرون منهم، ويقيمونهم بطريقة سلبية.

وقد افترض هذا النموذج أربع عمليات تمنع هؤلاء الأفراد من دحض معتقداتهم السلبية، عن التهديد المدرك خلال المواقف الاجتماعية وهي:

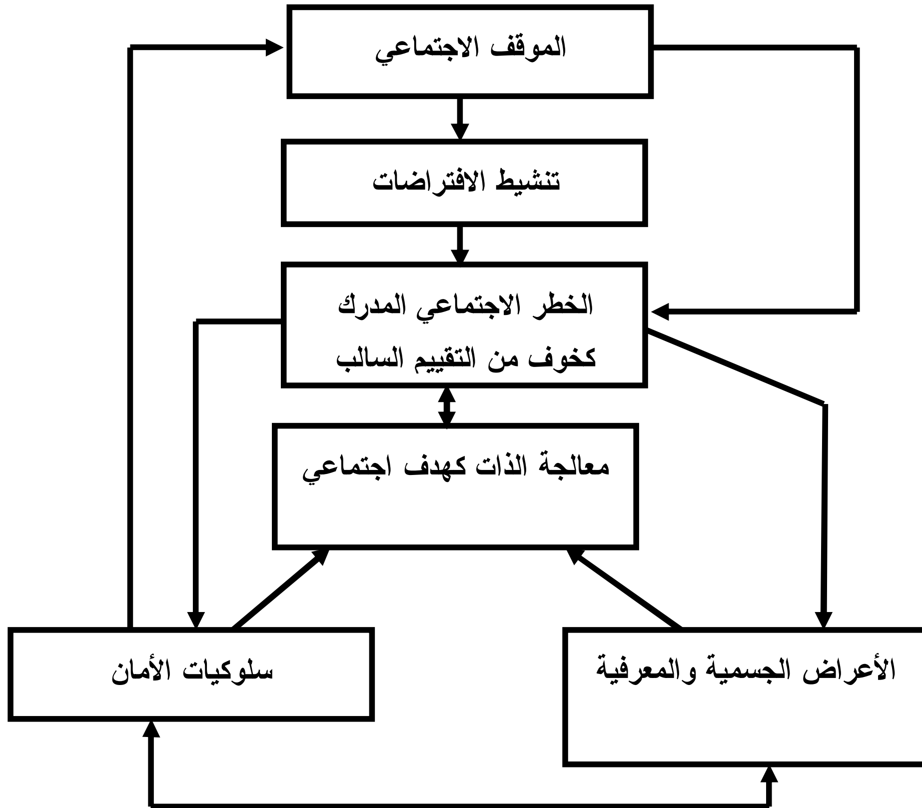
- تركيز الانتباه على الذات، وتكوين انطباع عنها كموضوع اجتماعي، فعندما يفكر الأفراد الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية أنهم عرضة للتقييم السالب من الآخرين، فإنهم يحولون انتباههم إلى الملاحظة والمراقبة لأنفسهم مما يؤدي إلى زيادة القلق لديهم، ويؤثر على معالجة أو تناول الفرد للموقف وكذلك سلوك الآخرين.
- سلوكيات الأمان: التى تتضمن مدى واسعاً من السلوكيات التى يقوم بها الفرد ذو الفوبيا الاجتماعية ، والتى تهدف إلى خفض خطر التعرض للتقييم السلبي، وتجنب التواصل بالعين، لكي لا يرون عدم الاستحسان من قبل الآخرين، وهم يعتقدون أن هذه السلوكيات تجنبهم النتائج الكارثية، التى قد تحدث من جراء المواقف الاجتماعية المختلفة، فمثلاً عندما يخاف الفرد من التوقف خلال عملية الكلام والتحدث إلى جمع من الناس، نتيجة لخوفه من التقييم السالب يجعله يردد الكلام ويتحدث بسرعة.
- قلق الفرد في الموقف الاجتماعي، والذى يرجع إلى مبالغة الفرد التقييم السلبى له من قبل الآخرين وما عواقب هذا التقييم، مما يجعله يؤدي إلى قصور في أداء الفرد وانشغاله بمراقبة أدائه، وانشغاله بسلوكيات الأمان التى تجعل أداءه الاجتماعي يبدو بشكل منخفض وأقل فاعلية.

- عملية معالجة ما قبل وبعد الحدث، والتى تتضمن ما يسمى بقلق التوقع، **Anticipatory anxiety**، والاجترارات **Ruminations** التى تتم بعد الموقف، الأمر الذى يؤدي إلى تفاقم التفكير السلبى لديه، ويساعد على استمرار الصور العقلية السلبية عن الذات لديه.

وفيما يلي عرض لشكل توضيحي يبين ملامح بؤرة الذات ودور سلوكيات الأمان في نشأة الفوبيا الاجتماعية لدى الأفراد.

شكل (٤)

يوضح ملامح **بؤرة الذات ودور سلوكيات الآمان في نشأة لفوبيا الاجتماعية لدى الأفراد**



يتضح من الشكل "٤" تفسير الفرد ذي الفوبيا الاجتماعية للأحداث المبهمة بصورة سلبية، وأنه يكون أكثر تمركزاً حول ذاته بالشكل الذي يجعله

غير قادر على التفاعل مع المثيرات الاجتماعية المرهوبة، فيلجأ إلى المعلومات الداخلية لديه لتكوين استنتاجات سالبة عن الطريقة التى يظهر بها أمام الآخرين، متمثلة في مجموعة من الصور العقلية السالبة والمحرّفة كما يبدو له من منظور الآخر. فتُنشط لديه سلوكيات الأمان التي تزيد من القلق، لأنها تزيد من الانتباه المتمركز حول الذات، والتأثير السلبي الذى تحدثه من إعاقة قدرة الفرد على التركيز، فيبدو الفرد على أنه غير جذاب. علاوة على انخفاض ثقته بقدرته على إنجاز المهام المُكلف، ويميل أيضاً إلى معالجة ما بعد الحدث بطريقة مُحرّفة وسلبية، وتغلب عليها المعالجة الاستباقية المُحرّفة القائمة على المعالجة المعرفية المشوهة والسلبية في استباق وتوضح المواقف الاجتماعية المخيفة، الأمر الذى يزيد من القلق والإسراع في تجنب تلك المواقف.

(Bear& Garland, 2005:262 – 263)& (Veale, 2003 :260)

٣- نموذج رابي وهيمبرج (١٩٩٧): التناقض بين التصور الفعلي للذات، والمعايير المتوقعة من الآخر . Rapee and Heimberg (1997)
The discrepancy between mental representation of self and others, expected standards.

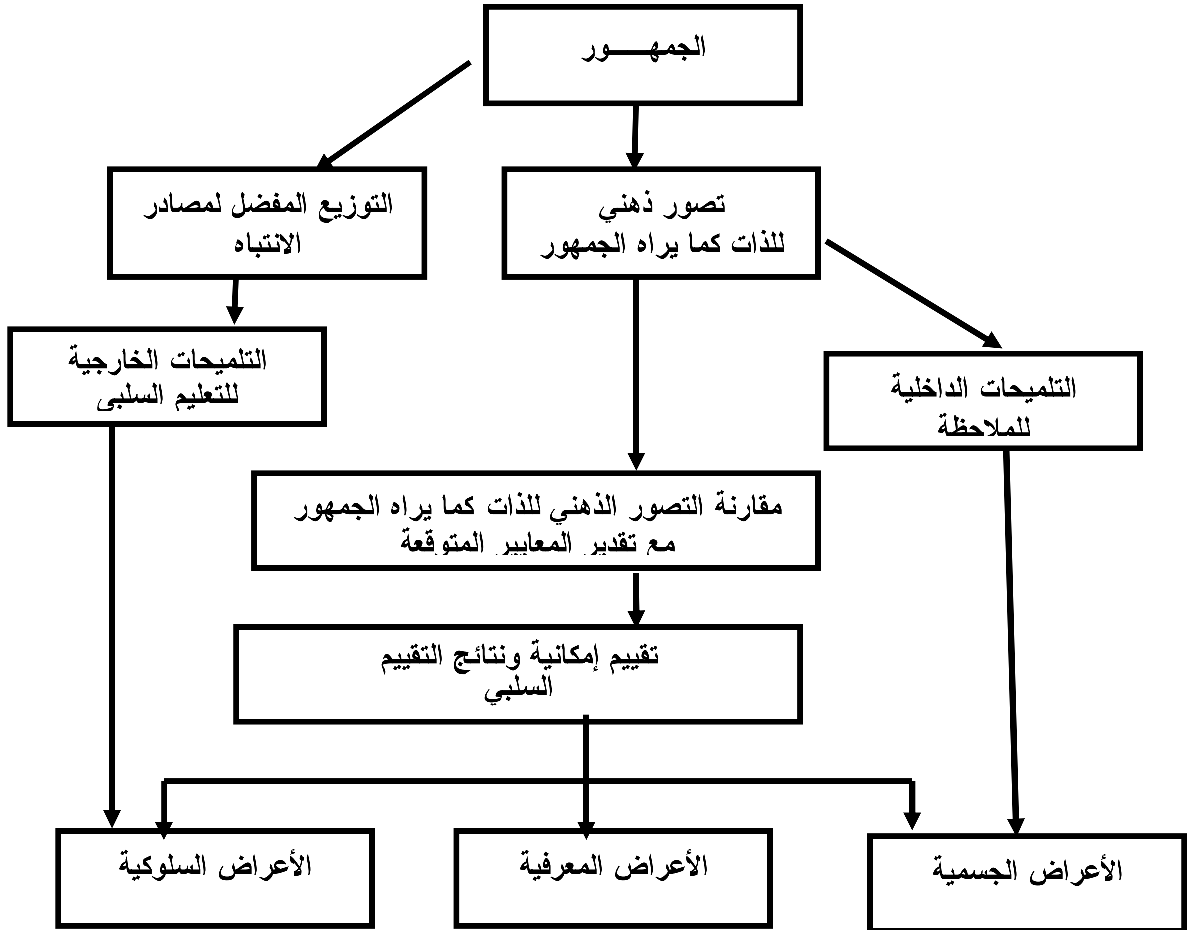
لقد قدم **رابي وهيمبرج** تحليلاً نظرياً لتفسير الفوبيا الاجتماعية، حيث افترضا أن خبرة القلق في المواقف الاجتماعية يمكن أن تثار بواسطة التهديد الكامن في وجود جمهور ناقد، وأن الأفراد المصابين بالفوبيا الاجتماعية يعتقدون أن الآخرين انتقاديون بطبيعتهم، ومن المحتمل أن يقيموهم بشكل سلبى، هذا يعنى أن الفرد يكون تمثيلاً عقلياً عن مظهره ولكن من منظور الآخر، حيث يوضح هذا التمثيل كيفية توقع الفرد لإدراك الآخر له، حيث أشار **رابي وهيمبرج** إلى أن إدراك الفرد للنتائج السلبية المرتبطة بالتقييم السلبي له من الآخرين، تُعدّ مُنَبئًا للاختلاف والتباين بين التمثيل العقلي عن

الذات لدى الفرد، والمعايير المتوقعة من الآخر، حيث يظن أن الآخرين يصنعون مستويات مرتفعة من الأداء تفوق أداءه.

وفيما يلي عرض لشكل توضيحي لنموذج الفوبيا الاجتماعية في المواقف الاجتماعية التقويمية، الذى يؤدي إلى سلسلة من العمليات التى تعمل على توليد وإبقاء القلق في مواقف التقييم.

شكل (٥)

يوضح نموذج الفوبيا الاجتماعية في المواقف الاجتماعية التقييمية



(Rapee & Heimberg, 1997: 743)

ويوضح شكل "**٥**" أنه عندما يواجه الفرد الفوبيوي موقفاً اجتماعياً مرهوباً، فإنه يكون تصوراً وتمثيلاً عقلياً لمظهره الخارجي وسلوكه ولكن كما يراه الآخرون، وفي نفس الوقت يركز انتباهه على تصوره الداخلي وأي تهديد ملاحظ في البيئة الاجتماعية المحيطة به، من خلال مراقبة تعبيرات الوجه للآخر والإيماءات المختلفة له، وفى نفس الوقت يبدأ الفرد في التنبؤ بمستوى الأداء الذى يتوقعه الآخر منه، وهذه التنبؤات تجعله يضع في اعتباره كل خصائص الآخرين، والملامح الموقفية، الأمر الذى تجعله دائم التفكير في التلميحات الداخلية (كإحساسه بالتقبل الذاتي)، والاهتمام بالتلميحات الخارجية (كالتغذية المرتدة من الآخرين)، ومصادر الانتباه التى يتم توزيعها على النواحي البارزة لصورة الذات. ويرى **رابي وهيمبرج** أن الاختلاف بين فكرة الفرد عن تقييم الجمهور لأدائه وإدراك الفرد لمقياس ومعايير حكم الجمهور على مظهره أو سلوكه، تحدد احتمالية التقييم السالب من قبل الجمهور، والذي يزيد من هذا التقييم السالب هو ظهور مجموعة من الأعراض الجسمية والمعرفية والسلوكية على الفرد، مما يزيد من توتره وقلقه، وتكرر هذه العملية ويدخل الفرد في دائرة مفرغة يصعب عليه الخروج منها.

(Hambrick, et al., 2003:374)

٤-نموذج بارلو Barlow (٢٠٠٠):

نموذج قابلية التعرض الثلاثية للقلق : Triple Vulner Abilities

يقوم هذا النموذج على فكرة مؤداها أنه يوجد ثلاثة أنواع لفهم اضطراب القلق ولاسيما الفوبيا الاجتماعية، **الأول** : إنَّ كل إنسان يولد مزود باستعداد وراثي يجعله يميل إلى الوحدة، والانسحاب، والانطواء من خلال تجنب معظم المواقف الاجتماعية المختلفة. **والثاني**: مجموعة من الأسباب والعوامل النفسية التى يكتسبها الفرد من البيئة المحيطة به، من خلال خبرات

الحياة الباكرة، حيث يعتقد ويظن بشكل قوي أن العالم من حوله مخيف ومثير للقلق ولا يستحق التفاعل معه، مما يقلل ويضعف من ثقة الإنسان في نفسه وفي قدراته. و**الثالث:** هو الذى ينشأ من تفاعل الفرد وشعوره بالقلق في مواقف اجتماعية معينة، بمعنى أن هذا القلق مرتبط بمواقف محددة تعد بمثابة مصدر تهديدٍ له، ويمكن القول إنَّ هذا النموذج تضمن أن وجود الفرد فى موقف يثير له القلق والتوتر، يستثير بداخله العوامل الوراثية المتمثلة في جين الكف، والعوامل النفسية، الأمر الذى يجعله غير قادرٍ على التفاعل، أو الاندماج، أو الانخراط في تلك المواقف، فيسعى إلى تجنبها وبالتالي يتكون لديه الاشتراط الاستجابي من بعض المواقف الاجتماعية بعينها.

(Borlow, 2002:23).

د- النظرية الظاهرياتية أو التيار الفينومينولوجي :

يرى المُنظِّرون الإنسانيون أن هذا التيار يشتمل على ثلاث اتجاهات رئيسة تتمثل في "العلاج المتمركز حول العميل" بزعامة **كارل روجز Carl Rogares**، ومنطلق هذا العلاج هو الإنسان ذاته **(العميل)**، وأن الشخص قادرٌ على أن يفعل كل شئ إذا أراد أن يفعل ذلك، وأتيحت الفرصة له، حيث يرى أصحاب الاتجاه الظاهرياتي المتمركز حول العميل أن العلاج ينصب على العميل ذاته نظراً لما يمتلكه من قدرات وإمكانيات دقيقة، يمكنه استغلالها للتخلص من أي اضطراب أو خلل في الشخصية.

(Leary, 2001: 231).

ويرى **روجرز(١٩٥٩)** أن قابلية الفرد للقلق إنما تحدث عندما يكـــون هناك تعارض بين ما يعيشه الكيان العضوى وبين مفهوم الذات، فالاضطراب يأتى عندما تكون الأحداث التى يتم إدراكها على أنها تنطــوى علـــى دلالـــة بالنسبة للذات تتعارض مع انتظام الذات، فى هذه الحالة فإن الأحداث أمـــا أن تلقى الإنكار أو تلقى تحريفاً إلى الحد الذى تصبح معه صالحة للتقبل، ويغـــدو

التحكم الشعورى أكثر صعوبة عندما يناضل الكائن إشباعاً لحاجات لا تحظى شعورياً بالاعتراف، بمعنى أنه يناضل استجابة لخبرات تلقـى الإنكـار مـن الذات الشعورية، عندئذ يوجد التوتر، فإذا ما أصبح الفرد بأية درجـة علـى وعى بهذا التعارض فإنه يشعر بالقلق، وبأنه غير متكامل وبأنه غير متـيقن من وجهاته، وعدم المطابقة أو عدم الملائمة ما بين إمكانات الفرد ومنجزاته، ما بين الذات المثالية والذات الممارسة، إنما هو الذى يولد انخفـاض تقـدير الذات والشعور بالذنب(**هشام الخولي ،٢٠١٠ أ: ١٥٢-١٥٣**) .

وفيما يلي عرض لبعض النماذج التى تتبع هذه الوِجَهة النظرية :

١- نموذج لارى وشالينكر Leary & Schlenker:

لقد قدم **لارى وشالينكر (١٩٩٥)** نموذجاً لتفسير الفوبيا الاجتماعية، وهذا استناداً إلى فكرة الذات كموضوع اجتماعي في عون الآخرين الخاصة **بمارجيرت ميد(١٩٣٤)، وسارتر (١٩٥٧)**، القائمة على فكرة مؤداها "أن ذات الإنسان تلعب دوراً مُهمًّا في نشأة هذا الإضطراب، حيث إنَّ الإنسان مدفوعٌ بقوة داخلية لتكوين انطباع جيد، وسوى، ومرغوب فيه اجتماعياً لدى الآخرين، ولكنه في الوقت ذاته يعاني من نقص وانخفاض شديد في تقديره لذاته، مما يجعله يظن بأن ذاته ليست على الصورة المرغوب فيها اجتماعياً من الآخرين، الأمر الذى يجعله يلجأ إلى الانسحاب الفوري من معظم المواقف التى تستثير بداخله مشاعر الاستهجان، أوعدم الرضا عن الذات"**(Heary, 2001: 220)** .

٢-نموذج وودي Woody (١٩٩٦):

لقد قدم **وودي (١٩٩٦)** نموذجاً لتفسير الفوبيا الاجتماعية قائماً على فكرة مؤداها "أن الإدراك والتقييم السلبي نحو الذات، والانتباه المتمركز حولها، وخبرات الفشل الاجتماعي التى خبرها الفرد؛ تلعب دوراً مُهمًّا في نشأة الفوبيا الاجتماعية لديه، حيث إنَّ الانتباه المتمركز حول الذات يجعل

الأشخاص المصابين بالفوبيا الاجتماعية، أكثر حساسية للتقديرات السلبية من الآخرين في الوسط الاجتماعي المحيط، وتعد المعارف السلبية نحو الذات الدافع والمحرك الأساسي لسلوكيات الفرد الفوبيوي، حيث تجعل الفرد يلقى باللوم على ذاته، بدلاً من إلقاء اللوم على الآخرين في معظم المواقف الاجتماعية السيئة، ويظنون دائماً بأنه أقل كفاءة اجتماعية من الآخرين".

لذلك يمكن القول بأن الانتباه المتمركز حول الذات، والإعزاءات الذاتية لخبرات الفشل الاجتماعي، تجعل الأفراد يعانون من الفوبيا الاجتماعية، حيث إنَّ تمركز الفرد حول ذاته تجعله يتصرف بانتباه بعيداً عن السلوك الاجتماعي المرغوب فيه، الذى يشعره بالكفاءة الاجتماعية **(Woody, 1996:63 – 65)**.

٣- نموذج هيجّنز Higgins (1987):

قدم **هيجّنز** (١٩٨٧) نموذجاً لتباين الذات الذي سبق وأن أشار له **كارل روجرز**(١٩٥٩) حيث افترض "أن الذات تتكون من عدة أبنية معرفية، وأن هذه الأبنية تنقسم إلى ثلاثة أبعاد، وهي الذات الفعلية **Actual – Self**، والذات المثالية **Ideal – Self**، وذات الينبغيات **The ought self**. والذات الفعلية تتكون من الخصائص التى يعتقد الفرد أنه يمتلكها بالفعل، أما الذات المثالية فتتكون من الخصائص التى يرغب الفرد فيها ويود أن يمتلكها (الآمال والطموحات والرغبات)، وأما الذات الينبغية فتتكون من الخصائص التى يعتقد الفرد أنه يجب وينبغي عليه أن يفعلها (الواجبات والالتزامات والمسئوليات). وهذه الأبعاد الثلاثة للذات يمكن التعبير عنها إما من منظور الفرد (وجهة نظره الشخصية)، أو من منظور اجتماعي(وهم الآخرين المحيطين به)".

وطبقاً لهذا النموذج فإن عدم التطابق (التباين) بين الذات الفعلية من جهة، وبين مرشدات الذات (المثالية والينبغيات) من جهة أخرى، تؤدي إلى حدوث خبرات انفعالية سلبية، كالحزن، والخزى، وخيبة الأمل. كما أن التباين بين الذات الفعلية للفرد وذات الينبغيات لديه تؤدي إلى زيادة قابلية الفرد لتعرضه للقلق، حث أشار الباحثان أن هذا التباين يرتبط بشكل قوي بظهور القلق الاجتماعي لدى الأفراد، حيث يزيد من الانفعالات المرتبطة بالقلق مثل الخوف، والشعور بالذنب، والاستياء، والتوجس، والعصبية **(Higgins,1987:324)** .

هـ- النظرية الايثولوجية Ethological theory :

يؤكد أصحاب هذه النظرية أن هناك ثمة عوامل وراثية مسئولة عن ظهور الفوبيا الاجتماعية عند الأفراد، وذلك يعنى أنها هناك استعداد وراثي يأتى من جهة الوالدين يساعد على ظهور هذا الاضطراب من المنشأ، حيث يرى **ايزنك Eysenck** (١٩٦٩) أن معظم الاضطرابات النفسية تحدث كنتيجة لاستعداد وراثى لهذا المرض، مع توافر عدد من المؤثرات البيئية المختلفة، ووضح أيضاً أنه لدى الأفراد جين يسمى **جين الكف Inhibition Gene**" "يحدث لهم تنشيطاً بصورة أسرع من غيرهم، ويعني هذا أن الذين لديهم كف مرتفع هم الأكثر حساسية للنقد السالب، والأكثر توقعاً للأفكار المأساوية أو الكارثية، وأن الوراثة والعوامل البيوكيميائية المتصلة بها تتفاعل مع العوامل البيئية الأخرى. **(Eysenck, 1969: 32)**

كما أن الخبرة الانفعالية الشعورية تعقب التغيرات الفسيولوجية، أى إنه عند وجود المثير المرهوب يحدث الخوف، بمعنى أن الشعور بالخوف لا يأتى من إدراك مثير الخوف، بل يأتى من حدوث التغيرات الفسيولوجية الجسمية. **(نعمات عبد الخالق، فوقية حسن، ١٩٩٣: ٧٤)**.

ويرى أصحاب النظرية الإيثولوجية أيـضاً أن المـخ ينقـسم التـى نصفين، النصف الأيمن والنصف الأيسر، وكان هناك دعم كبير للفكرة التـى تقول أن إدراك وملاحظة الأفراد للانفعالات السالبة، أما تتخذ موقعهـا فـى النصف الأيمن من المخ، كما أن إدراك المثيرات الوجهية المرهوبة، كانـت أثره فى الجانب الأيمن من الدماغ.

(Ohman, et al., 1993: 127-128)

سابعًا: مجالات الفوبيا الاجتماعية:

هناك مواقف تتضح فيها الفوبيا الاجتماعيـة، إلا أن الخـوف مـن الامتحانات يعتبر أوثق صلة برهبة المسرح "**الإريتروفوبيا**" وهو شـكل مـن أشكال الفوبيا الاجتماعية.

(أوتوفنيخل،(مترجم)، ١٩٦٩: ٢٢٣).

والفوبيا الاجتماعية تظهر في نمطين: **الأول**: النمط العام وهو الأكثر خطراً، وفيه يخاف الفرد من أغلب المواقف الاجتماعية، أما **الثـاني**: فهـو النمط المحدد فهو يتضمن غالباً الخوف من الأداء العام، أو التحـدث عنـدما يكون الفرد فيها موضع الملاحظة والتدقيق من الآخرين، وتأخـذ المجـالات الآتية :

١) التحدث أو التعامل الرسمي. ٢) التحدث أو التعامل الغير رسمي.

٣) الوقوع تحت ملاحظة الآخرين. ٤) مواقف التوكيدية.

(Liebowitz, 2004: 98) ; (Holt, et al., 1992: 322)

وقد تم تحديد بعض المواقف التى تظهر فيها الفوبيا الاجتماعية وهي:

١- التحدث أمام العامة. ٢- عمل مكالمة قصيرة .

٣- الكتابة أو الأكل أمام الآخرين.

٤- طرح أسئلة أو إعطاء تقارير عن مجموعات.

٥- عند تقديم الفرد لنفسه.
٦- مقابلة الغرباء أو التحدث معهم.
٧- حضور اللقاءات الاجتماعية.
٨- مقابلة الرئيس أو المسئول.
٩- حضور حفلة.
١٠- أن يكون موضوع الملاحظة أثناء اعداد الطعام.
١١- أن يكون في موضع اختبار.
١٢- عزف أو أداء قطعة من الموسيقى.
١٣- التحدث مع الجنس الآخر.
١٤- إعطاء المواعيد.
١٥- البحث عن المساعدة الفنية.
١٦- التحدث في الفصل.

(Muzina & Elsayegh, 2001:652).

القسم الثاني: العلاج بالتعريض
Exposure Therapy

نشأ العلاج بالتعريض كتطور طبيعي للنظرية السلوكية لـــ ولبـــى، والنظرية البيولوجية والنظرية المعرفية ونظريـــة فعّاليـــة الـــذات، فـــالعلاج بالتعريض باتجاهاته المتعددة يجمع بين النظريات الأربع. هذا وسوف تتناول الباحثة العلاج بالتعريض من خلال عدة زوايا، بداية مـــن مفهـــوم العـــلاج بالتعريض، وكونه نتاجاً لما سبقه في مظهر جديد وفعال، له مبادئ وأســـس وعناصر تميزه، مما ستتناوله الباحثة بالتفصيل. ثم تتناول الباحثة بعـــد ذلـــك الأسس النظرية التي يرتكز عليها، وأهدافه، وتقييمه، والعوامل المؤثرة علـــى فعّاليته، وأشكاله، وخطواته، وفنياته، وبيان ذلك تفصيلاً فيما يلي:

أولاً: مفهوم العلاج بالتعريض:

لقد تعددت المناحي والروئ التي ينظر من خلالها العديد من العلماء والباحثين، الذين يتناولون العلاج بالتعريض بالدراسة والتحليل وفي التعامل مع هذا المفهوم، وفيما يلي عرض لبعض هذه المفاهيم فقد عرفه وفقاً للرابطة النفسية الأمريكية**"APA"**(١٩٩٤) فيذكر **فونك وثير (Vonk & Thyer, 1995: 359)**، **وبالاشيوس وآخرون (Palacious, et al., 2007: 722)** أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية ***DMS-IV (١٩٩٤)*** أوضح "أن العلاج بالتعريض أحد العلاجات المدعمة تجريبياً، والتى لها دورٌ فعّالٌ في علاج الفوبيات النوعية والاجتماعية، والملمح الأساسي في العلاج بالتعريض، هو المواجهة المتكررة للمثيرات المرهوبة، والتى يجدها بعض الناس مرعبة".

بينما ذهب البعض إلى تعريفه وفقاً للنظرية السلوكية الكلاسكية، فقد اتفق **روثبوم وديفيز(Rothbaum & Davis, 2003: 113)** ، و**ريسلر وآخرون(Ressler, et al., 2006: 335)** ، **هيريا وآخرون (Hirai, et al., 2006: 247)** على أنه " أحد المناهج أو الاستراتيجيات العلاجية للتخفيف من اضطرابات القلق، التى تقوم على كَفّ أو منع الاستجابة الشرطية غير المرغوبة **(CR)**، وذلك من خلال التعريض المتكرر للمثيرات الشرطية **(CS)** في غياب المثير غير الشرطي، أو بمعنى آخر تغيير أو فك الاقتران الزمنى بينهم؛ مما أن انطفاء الاستجابة **Extinction** يُعدّ الميكانيزم الفعال في العلاج بالتعريض".

ومنهم من عرفه بفنياته وأساليب المواجهة المستخدمة فيه، فيشير **روجرز وسلفر**(**Rogers & Silver, 2002:44**) ، **وبول** **(Pull,2005 :7)** ، **وفورزث وآخرون** **(Forsyth, etal, 2006: 65-66)**، **ومك نالي** **(McNally, 2007:755)** ، **وبرادي ورواينز** **(Brady & Raines, 2009: 51)** إلى أنه " منهج علاجي قائم على أسس السلوكية الحديثة لــ **ولبى** **Wolpe**(١٩٥٨)، الذي يقوم على فكرة مؤداها أن المواجهة المتكررة للمثيرات المرهوبة تُحدث كف لاستجابة الخوف غير المرغوب فيها، من خلال إكساب الفرد مجموعة من السلوكيات الصحيحة، ويكون التعريض من خلال مجموعة من الفنيات، منها ما هو استقرائي كفنية التحصين التدريجي ***Systemtic desensitization***، ومنها من يكون استنباطياً كفنية الغمر ***Flooding*** ، ومنها من يعمد إلى كَفّ انفعال الخوف بنقيضه كفنية الاسترخاء ***Relaxition*** ، أو قد يشتمل بعض التداخلات المعرفية والسلوكية كلعب الدور والنمذجة والأحاديث الذاتية؛ مما جعل منه علاجاً فعالاً في التخفيف من اضطرابات القلق، والوساوس القهرية، واضطراب الضغط الناشئ ما بعد الصدمة، واضطراب الهلع".

ومنهم من عرفه على أنه منهج علاجي تكاملي يعمد إلى تعديل سلوك الفرد، من خلال إحداث تعديل في بنية الخوف لديه، فقد عرفه كل من **فوا وكوذاك**(**Foa & Kozak,1986:21**) **وفوا ورثبوم** **(Rorthbaum, 1998: 10)** ، **وريتشارد وآخرون**(**Richard,et al., 2006: 2**) على إنه "هو أحد المناهج العلاجية التكاملية – الذي ترجع جذوره العلاجية إلى السلوكية الحديثة **ولبي**(١٩٥٨) حيث يتضمن مجموعة من المبادئ والأسس التي تعمد إلى

تعديل سلوك الفرد، من خلال إحداث تعديل في الروابط الانفعالية المدعومة أو المملوءة بالخوف والمتراكمة في شبكة العمل الخاصة به في ذاكرة الفرد، والتي تتمثل في مجموعة من الذكريات المؤلمة والصور المرعبة، التى تكونت بفعل سلسلة من الخبرات الأليمة والصدمية المرتبطة ببعض المثيرات المرهوبة؛ من خلال مواجهته لها بدلاً من تجنبها، سواء كانت هذه المثيرات حسية كالعناكب والكلاب، أو غير حسية كالعواصف الرعدية، والزلازل، والبراكين، أو قد تكون هذه المثيرات بعض مواقف اجتماعية كالخوف من التحدث أمام الآخرين، أو الخوف من مراقبة الآخرين التي تنطوي على دلالة بالتقييم السالب، فيكون الخوف فى صورة أفكار تتراود الى ذهن المريض، وتقتحم عقله بصورة إجبارية، في صورة ذكريات مؤلمة عن الماضى".

ومنهم من عرفه على أنه أحد مجموعة من استراتيجيات المواجهة المتمثلة في مجموعة من الفنيات والأساليب، التي تعمد إلى تعديل البنية المعرفية الفسيولوجية للخوف لدى الفرد من خلال حدوث التعود، فقد أكد **هيمبير وآخرون (Hembree, et al., 2003: 556)، وبيدل وترنر (Beidel & Turner, 2007: 223) بارسونز وريزو (Parsons & Rizzo, 2008:251)، وإنان(Inan, 2008: 25)، وباكر وآخرون (Baker, et al., 2010: 1139)** على أن العلاج بالتعريض هو " مجموعة من استراتيجيات المواجهة المتمثلة في مجموعة من الفنيات والأساليب، التي تعمد إلى تعديل البنية المعرفية الفسيولوجية للخوف لدى الفرد، بشكلٍ يُحدِث تَغيُر معرفي منطقي ***Cognitive Change***" ***Rational"*** أو ما يُعرف "بالتعود" ***Habituation*** ،الذى يعمل على إمداد الفرد بالمعلومات الصحيحة التى تدّعم وتؤثر بشكل فعّال في تلك البنية المعرفية، بما يتناسب مع حجم الموقف وطبيعته؛ فيألف الفرد تلك المثيرات

إبان التعريضات المتكررة لها فيقل القلق بالتدريج الناجم عنها، الأمر الذي يجعل منه علاجاً فعالاً في التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية".

بينما اتفقت **مليوسفك (Milosevic, 2006: 10)** ، **وديكون (Deacon, 2006: 311)**على أنه "أحد التيارات العلاجية القائمة على المعالجة النفسية لبعض اضطرابات القلق، الذي يقوم على مواجهة الفرد للمواقف المرهوبة، التى تجعله يسلك بعض السلوكيات الآمنة لتجنب هذه المواقف، نتيجة لمجموعة من الأفكار اللاعقلانية تجاه الأشياء أو الأفراد، فيصبح هدف العلاج استحداث بعض التغيرات المعرفية الجديدة في البنية المعرفية للفرد؛ من أجل مساعدته على مواجهتها، والتغلب على السلوكيات غير المرغوبة فيها المرتبطة بها".

وأخيراً منهم من عرفه وفقاً لأشكاله وطرقه، فيذكر **شاون وآخرون (Shawn, et al., 2006: 598)**، **وكيّل وآخرون (Chaill, et al., 2006: 598)** أنه "استراتيجية علاجية لخفض القلق والخوف غير المنطقي عن طريق مواجهة الأشياء التى تُثِير الرعب؛ من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية التجنبية المرتبطة بها، ويتم تطبيقه في عدة أشكال منها : التعريض التخيلي ***Imaginal*** ، والتعريض للبيئة الواقعية ***Vivo*** ، والتعريض المُطَّول ***Prolonged*** ".

وعليه فإنَّ العلاج بالتعريض من وجهة نظر الباحثة " هو منهج علاجى تكاملى ذو وِجَهة نظرية حديثة نسبيا، قائم على استراتجيات المواجهة فى كَفّ الاستجابات غير المرغوب فيها وتعديل السلوك، بما يمتلكه من آليات وميكانيزمات فعل تتضح فى تعدد فنياته وأساليبه وأشكاله، لتجعل منه

علاجاً فاعلاً في التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية ولا سيما الفوبيا الاجتماعية.

ثانياً :المبادئ العامة التى يقوم عليها العلاج بالتعريض :

يرتكز العلاج بالتعريض على مبادئ رئيسة متمثلة في خصائص المثير المرهوب، وخصائص استجابة القلق، والتعميم، والإصرار.

وبيان ذلك فيما يلي:

١- خصائص المثير المرهوب:

Characteristics of the stimulushe fear

يرتكز العلاج بالتعريض على خصائص المثير المرهوب والذي تُبَين مدى فاعليته في علاج اضطرابات القلق. فعندما نقوم بالعلاج بالتعريض لمثير مرهوب من نوع ما؛ فإنه يحتم علينا معرفة ماهية هذا المثير، فقد يكون هذا المثير حياً مثل العنكبوت أو الكلاب، أو شيئاً غير حي مثل الخوف من العواصف الرعدية أو الزلازل أو البراكين، وقد يكون الخوف من المواقف الاجتماعية مثل الخوف من الحديث العام، أو القلق الذى ينتاب الفرد عن ذهابه إلى حفل أو امتحان، والتي تكون متمثلة في أفكار تتوارد إلى ذهن الفرد، وتقتحم عقله بطريقة قهرية إجبارية، أو تكون على هيئة ذكريات للأحداث في الماضي (مثل الاستعادة المتكررة للموقف غير السار الذي تعرض له).

ومن الممكن أن يتوارد القلق الى ذهن الفرد في غياب المثير، وذلك من خلال التوقعات المبالغ فيها تجاه المواقف والأشياء، التى تجعله يشعر بالتهديد المستمر بالحدوث الفعلي لهذا المثير. وممن الممكن الكشف عن هوية المثير في العلاج بسهولة، حيث يمكن معرفة القلق الذى يصدر عن الفرد من خلال العبارات والإيماءات التى تصدر عنه.

ويحدث التعلم الجديد في العلاج بالتعريض عندما يتعرض الفرد للمثير المرهوب أو تمثيله في الواقع (بمعنى غياب التهديد الحتمي، والموجود بالفعل للمثير). ومن خلال مجموعة من العمليات المعرفية التى تحدث في بنية الخوف لدى الفرد؛ يستطيع أن يتغلب على خوفه وقلقه.

(Richard ,et al., 2006: 3)

٢- خصائص استجابة القلق:

Characteristics of the Anxiety Response

يرتكز العلاج بالتعريض على خصائص استجابة القلق، والتى تحدث سلسلة من الإثارة الفسيولوجية بداية من البصر إلى الدماغ ثم إلى اللوزتين الموجودتين في الحلق، التى تنشط بدورها عمل الجهاز العصبي السيمبثاوي، الذى يعد هو المسئول عن احداث بداية استجابات القلق الفسيولوجية للفرد، التي تُحَفِّزه لتطوير إستراتيجيات التجنب والهروب كبديل لخفض هذا القلق.

٣- التعميم: Pervasiveness

يتركز العلاج بالتعريض على مبدأ التعميم في استجابة القلق لدى الفرد، حيث يُعدّ التعميم صفة مميزة للقلق. حيث يعمل المثير المرهوب على إثارة استجابة الخوف لدى الفرد، ومحاولة تجنب هذا المثير بغض النظر عن الطريقة التى يتعامل بها مع هذا المثير.

مثال ذلك " فرد لديه فوبيا العنكبوت، هذا يعني أن الخوف من العنكبوت عام بغض النظر عن كيفية مواجهته، سواء كان في المنزل أو العمل أو حديقة الحيوان، أو غرفة النوم، أو بمجرد تخيله، حيث تظهر الأعراض الفسيولوجية عليه"، فالمريض عَمَّم هنا استجابة الخوف على جميع المواقف التي تعرض لها.

٤- الإصـــرار: Persistence

معظم الأفراد ذوي الفوبيا يَصُرّون على المشكلة، بمعنى أنهم لا يقتنعون بأن العلاج يخفف من حدة قلقهم، بل يطلبون أكثر من طريقة في العلاج، كما أنهم لا يلجأون الى العلاج إلا بعد مرور سنوات عديدة من المعاناة والألم، كما أنهم يقابلون العلاج بنوع من السخرية والتهكم، واللجوء إلى استجابات التجنب بالهروب من تلك المثيرات المرهوبة.

(Richard ,et al., 2006:4).

ثالثاً: عناصر العلاج بالتعريض:

يتكون العلاج بالتعريض من مجموعة العناصر الرئيسة المتمثلة في التعريض المنتظم للمثيرات، والتمثيل أو التقديم، والتعريض المتكرّر أو المُطَّول. أما العناصر الفرعية فتتمثل في حماية استجابة الخوف، وتدرج الخوف، وخفض الاضطرابات أو الانحرافات، واكتساب خبرة مستقبلية بشأن الحدث. وفيما يلي توضيح لكل منهم:

أ – العناصر الرئيسة للعلاج بالتعريض:

١-التعريض المنتظم للمثيرات

Systematic Exposure to a Stimulus

هو التعريض المدروس والمخطط له مسبقاً لمثير مرهوب أو تمثيل له، حتى تقل شدة قلق وخوف الفرد إلى مستوى يوصف بكونه أقل من مستويات العلاج السابقة، حيث يجعل الفرد قادراً على مواجهة هذا المثير. ويُعدّ المثير المرهوب هو العامل الرئيسي في استثارة استجابة الخوف لدى الفرد بكل مكوناته الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية، ويمكن قياس هذه المكونات من طريق التقارير الذاتية، أو الملاحظة السلوكية.

كما أنه لا يعد السبب الرئيسي في تقليل الخوف في العلاج، لأنه يعد بمثابة ترجمة لحدوث التعود، لذلك فإن التعريض المنتظم للمثير المرهوب هو لُبّ وصميم العلاج، بل ويُعدّ العنصر الرئيسي في العلاج بالتعريض،

حيث ينصب هدفه الرئيسي على إكساب الفرد مجموعة السلوكيات الصحيحة في وجود تهديد حقيقي، فيكون التعريض هنا بمثابة مُعزّز إيجابي لمجموعة من السلوكيات التي يتعلمها عن طريق عمل مسرحية مثلاً يلعب الفرد فيها دوراً معيناً، فيستبدل سلوكيات التجنب بسلوكيات تكيفيةٍ أخرى.

٢- التمثيل أوالتقديم Re Presentation :

يتضمن العلاج بالتعريض أيضاً تقديم أو تمثيل المثيرات المخيفة، والتي يمكن تقديمها في الواقع الحي أو في الخيال **(**التعريض للواقع الافتراضي**)**.وهذا التعريض للمثيرات المخيفة يميز العلاج بالتعريض عن غيره من العلاجات، فهو يساعد الفرد على إعادة ترجمة معنى الحدث، أو يعيد تقييم مدى صحة أفكاره ومعتقداته ومعارفه المرتبطة بهذا الحدث، كما أن مجرد التحدث عن معنى الحدث المؤلم يعد بمثابة خطوة ايجابية في طريق إزالة تواتر الصور المرعبة المتعلقة به، حيث يعمل على تعديل الذكريات غير السارة من خلال تخيلها؛ فتغير من هذه المعتقدات وتُعيد تقييمها، بشكل يُسهم في زيادة فعالية العلاج.

(Richard, et al., 2006: 5)

٣- التعريض المتكرر أو المُطَّول:

Repeated and / or Prolonged Exposure

يُعدّ تكرار جلسات التعريض أو تطويل مدتها ، خاصية مركزية مميزة للعلاج بالتعريض .

(Breitholt& Ost., 1997:172);(Heading, et al. 2001: 106) ; (Thom, et al. , 2000: 380) & (Vettman ,et al. , 2004: 152).

ويُعدّ هذا العنصر من العناصر الرئيسة للعلاج بالتعريض؛ حيث يعمل على كف استجابة الخوف كنتيجة حتمية للتحصين التدريجي للفرد في

مواجهة هذه المثيرات، فالتعريضات المتكررة للمثيرات تجعله يتعود عليها أو يألفها، فتتناقص استجابة الخوف وسلوك التجنب لديه.
(Hembree, et al., 2003: 25)

ب – العناصر الفرعية للعلاج بالتعريض:

١– حماية الاستجابة Response Prevention :

تشتمل معظم عناصر التعريض الفرعية على عنصر حماية الاستجابة، وهى تعنى حماية استجابة الخوف لدى الفرد من الهروب، أومحاولة تجنبها؛ للتقليل من القلق والتوتر الناجم عن هذا المثير. ولكن هذا لا يعنى أن حماية الاستجابة مقصورة على أن يكون المعالج مسئولاً عن منع استجابة التجنب لديه، ولكن تأخذ حماية الاستجابة أشكالاً متعددة، والتي تتطلب تنمية قوة إرادة الفرد، والمشاركة الفعّالة من جانبه،عن طريق إكسابه بعض السلوكيات الصحيحة لمواجهة الموقف.

يقوم المعالج بدور مُهّم في حماية استجابة الخوف، وهو تعزيز وتقوية السلوك المرغوب لدى الفرد، أو القيام بإرشاده وتذكيره بأن لا يسلك هذا السلوك مرة أخرى، ويشجعه على ممارسة السلوكيات البديلة مستخدماً في ذلك فنية لعب الدور، والتي بدورها تخدم حماية الاستجابة في منع السلوكيات سيئة التكيف، وتسهيل تعلم خبرات صحيحة من خلال تعديل الأفكار الخاطئة. **(Richard,et al., 2006: 6)**.

٢– مدرج الخوف Fear Hierarchy :

يعد من الخطأ أن يتعرض المريض مباشرة لأعلى درجة من درجات الخوف لديه بدون الإعداد لها مسبقاً، فعادة ما يقوم المعالج بإعداد مدرج للخوف، وفيه يقوم المعالج بتعريض الفرد لمجموعة من السيناريوهات المخيفة، والتى يتم ترتيبها من أقل إثارة إلى أعلى إثارة. وهذا يعني أن

المريض يستعيد سلسلة من الذكريات عن الأحداث المؤلمة التى تبدأ من الأحداث ذات المستوى المنخفض من القلق وصولاً إلى المستويات المرتفعة، وتوصف هذه الذكريات بأنها أليمة وحزينة تم استعادتها فى الوقت الحاضر بالتدريج. **(Foa, et al., 2005: 956)**

٣- خفض الاضطربات أو الانحرافات: Reduction of Distractions

أثبت العلاج بالتعريض فاعليته في التخفيف من الاضطرابات خلال جلسات العلاج، ويأخذ الاضطراب أشكالا متعددة، منها السلوكيات الآمنة التي تجعل الفرد يتجنب المثير المرهوب؛ وبذلك يمنع أي تعلم جديد **(Richard, et al., 2006:6)**.

٤- اكتساب خبرة بشأن الحاضر: Experiencing the Present

يُشَجع العلاج بالتعريض الأفراد على مواجهة مخاوفهم في الزمن الحاضر، مثال ذلك الفرد الذى يستعيد ذكرى حادث مؤلم، وفى هذا العلاج يقوم المعالج بتشجيعه على وصف الحدث كما لو قد تم إحياؤه مرة ثانية. ويركز في ذلك على إدخال الانفعالات التى تتوارد على ذهن الفرد من حين لآخر، وكنتيجة لذلك يتم رفع معنويات المرضى بلطف، خلال محاولة استعادة الأحداث الحزينة لتجنب استخدام زمن الفعل الماضى؛ لأنه يتضمن مسافة مؤقتة من البعد بين الأحداث التى تمت، وبالتالي يقلل من درجة الخوف والفزع التى قد يكون عليها الفرد أثناء العلاج، ومثال ذلك: أن يقول المريض:" **أنا كنت مرعوبٌ**" ويتم إرشاده إلى أن يقول: "**أنا أشعر أننى مرعوباً**"، ومن هنا يرتكز العلاج بالتعريض على جعل انفعال الخوف حاضراً في الوقت الحالي، عن طريق تعريض المريض لمثير مخيف في الواقع الحى **(Richard, et al, 2006:7)**.

رابعاً: الأُطُر النظرية المفسرة لفاعلية العلاج بالتعريض:

يرتكز العلاج بالتعريض على مجموعة من النظريات وفيما يلي شرح مفصل لكل منها:

أ- النظرية السلوكية:

ترجع جذور العلاج بالتعريض إلى التجارب التى أجراها **بافلوف "Pavlov"** (١٩٢٧) على الكلب للكشف عن مبادئ التشريط البسيط، حيث درس الارتباط الشرطي بين سيلان لعاب الكلب وسماع الجرس عند تقديم الطعام (إشباع الحاجة الفطرية)، فلاحظ أن سيلان لعابه يتناقص إلى حد الانطفاء (الاختفاء) تماماً عندما يُكرّر ضرب الجرس ولا يقدم اليه الطعام (تعزيز المثير).

ويُعدّ العلاج السلوكي من العلاجات التجريبية المباشرة والمُكثفة، الذي ظهر على مسرح العلاج النفسي عام ١٩٥٠، وقد ارتبط هذا العلاج بشكل كبير بنظرية التُعلم ومبادئ التعليم التى وضعت طرق ووسائل العلاج، حيث ركز العلماء على الأعراض المباشرة وتعديل السلوك، وليس على الرغبات والحفزات اللاشعورية للفرد، فانصبت أهدافه على علاج السلوك المترتب على اضطرابات القلق لــ **ولبى Wolpe** (١٩٥٨) الذى أكد على أن استجابة الخوف إنما تنتج عن الاقتران الشرطي الخاطئ بين مثير شرطي وآخر غير شرطي**(Wolpe, 1990:37)** .

وبالرغم من أنه لم يُكن عالماً نفسياً بل كان عالماً فيزيائياً، عَمَد إلـــى الدراسة العملية لاكتساب وتعلم الخوف لدى القطط، وبالرغم من أن اعتمـــاده على عمله المعملي لم يكن كبيراً؛ إلا أنه زود العلماء بالعديد مـــن الأســـس الخاصة، والمفاهيم الإجرائية في هذا المجال. **(Wolpe, 1990: 38)**

ولكن إذا ماحُدِدت المثيرات البيئية وانصب قلق الفرد على خاصيةٍ بيئية محددة، جعلته يُسلك بعض سلوكيات الخوف بالإضافة إلى السلوكيات الفطرية المرتبطة بموقف أو مثير محدد، والتي تظهر بشكل واضح لدى الأفراد الذين يعانون من بعض اضطرابات القلق، فيصبح سلوكيات الفرد الفوبيوي ما هي إلا" استجابات شرطية خاطئة تكونت بفعل الارتباط الشرطي الخاطئ، حيث إن المثير الشرطي بعد اقترانه عدة مرات بالمثير غير الشرطي يكتسب خاصية المثير الشرطي، ويصبح له نفس القدرة على احداث الاستجابة الشرطية والتى تقوي كلما لقيت تدعيماً من البيئة المحيطة، ولهذا كان في العلاج بالتعريض أثر في انطفاء الاستجابة غير المرغوب فيها، عن طريق التقديم المتكرر، المثير الشرطي **"CS" "Conditioned stimulus"**، في حالة غياب المثير غير الشرطي **UCS "Unconditioned stimulus"** الأمر الذى يعمل على تقليل قوة أو انطفاء استجابة الخوف الزمنية كنتيجة حتمية للتقديم المتكرر **"CS"** المثير الشرطي في غياب المثير غير الشرطي **"UCS"**.

(Rorthbaum & Davis, 2003: 13)

ثم جاء **ولبى Wolpe** (١٩٥٨) مؤكدً على أن فاعلية العلاج تكمن في قدرته على إحداث انطفاء للاستجابة الشرطية المرتبطة بالمثير الشرطي الذي يتم عن طريق الكَفّ بالنقيض، بمعنى أن استجابة الخوف يقابلها استجابة مناقضة لها متمثلة في الاسترخاء، حيث يطلب من الفرد أن يتخيل مشهداً خياليّاً مُدّرجاً من بعض المشاهد المثيرة للقلق بالنسبة له والمرتبطة ببعض الاستجابات الشرطية لديه؛ لذلك أكد **ولبى** على أهمية الاسترخاء في فك الارتباط الشرطي بين المثير والاستجابة الخاصة به، وقام أيضاً بوصف هذا العلاج من وُجِهة نظره بالتحصين التدريجي، ولم يتطلب التحصين في هذا

الوقت سوى أن يكون الفرد مسترخياً بشكل جيد، عندما يقوم باسترجاع المشاهد المرعبة أمامه. ولكن هذه الطريقة لم تكن واضحة، لأنه كان يصعب على المعالج ملاحظة المثيرات العصبية المثيرة للقلق، ومن ثم ملاحظة استجابات الفرد التخيلية وكانت تسمى هذه الطريقة بـــ **"Neo-Hullian-S-R"** . **(Wolpe, 1990:38)**

ويرى **مك نالي McNally** (۲۰۰۷) أنه بالرغم من هذه الانتقادات إلا أن العلاج بالتحصين التدريجي ظل من أوائل طرق العلاج النفسي الذى له عناصره وتجاربه الخاصة به، إلى أن جاء **لانج وآخرون.Lang, et al** (۱۹٦۳ ، ۱۹٦٥) ليضع الافتراضات الأساسية للعلاج بالتعريض، التى توضح ميكانيزمات الفعل فيه، حيث أُجُرِى العشرات من التجارب لمحاولة معرفة العوامل المؤثرة في هذا العلاج، ثم جاء **مك جلين وآخرون McGlynn, etal.** (۱۹۸۱) ليدرس فاعلية العلاج بالتعريض فى علاج مخاوف الثعابين وخاصة فوبيا الثعبان العظيم الذى اقتحم أقسام علم النفس الأمريكية خلال الفترة من ۱۹٦۰ الى ۱۹۷۰ .

هذا، وقد قام **ستامفل وآخرون Stamfl, et al.** (۱۹٦۷)، **وماركس Marks**(۱۹۷۱)، **وفوا وآخرون Foa, et al.** (۱۹۷۷)، ببعض التجارب التي كان أبرز ما توصلو إليه أن التحصين التدريجي ما هو إلا غمرٌ في بيئةً خيالية ، تبتعث بعض المثيرات المرعبة لدى الفرد، كما أكدوا أن كلا التحصين التدريجي والغمر ما هما سوى فنيتان للعلاج بالتعريض، وأنهما من أهم ميكانيزمات الفعل التوسطية الخاصة بانطفاء الاستجابة أو فك الارتباط الشرطي، الأمر الذى يتطلب فيه تعريض الفرد تعريضاً كافياً للمثيرات التى تثير الخوف لديه، مما يساعد على غمره بدرجة كافية في هذه البيئة؛ مؤدياً بذلك إلى انطفاء الاستجابة الشرطية.

(McNally, 2007: 750-751)

ب- نظريـــة العـــاملين لـــ مـــورار "الموضـــحة للاكتـــساب الخـــوف وحفظه" (1960):

Mowrer’s Two-Factor Theory of Fear "Acquisition and Maintenance”

لقد فسر **مورارMowrer** سلوك التجنب لدى الشخص الفوبيوي من خلال عملية التعلم الإجرائى، بمعنى أن الفرد يتجنب جميع المثيرات أو المواقف التى تسبب له استثارة انفعالية وفسيولوجية سلبية، حيث يقدم العامل المثير الشرطى المخيف الذى يستثير المريض، ويقوم باستخراج الاستجابة الانفعالية الشرطية **(CER)** والتي تُعد استجابة فسيولوجية للخوف تدعم سلوك التجنب والهروب لديه، وتمنعه من التواصل مع الآخرين المحيطين به، بمعنى أنها تعمل كمعزز سلبى للقلق لديه. وتؤكد نظرية العاملين على أن التشريط الاجرائى والاستجابي يتضمن ظهور استجابة القلق في المواقف الاجتماعية، وهذا يمثل العامل الأول. ثم يدفع إلى القيام باستجابات سلوكية تقلل من هذا القلق، عن طريق تجنب المثير المرهوب، وهذا يمثل العامل الثاني**(Richard,et al., 2006: 10)** .

وافترض **مورار** أن العلاج بالتعريض فعالٌ في خفض الخوف والقلق وذلك لثلاثة أسباب:

- ❖ **السبب الأول** : الانخفاض الإجباري للخوف بعد التعريض المتكرر للفرد للمثيرات الشرطية المختلفة، أو تمثيلها في غياب العاملين المثيرين الإجباريين (بمعنى المثيرات غير الشرطية).

ووُضِح ذلك في المثال الآتي: " لابد أن يكتسب الطفل الذي يخاف من الكلاب عقب تعرضه لعضة كلب، خبرات من الخوف التي تقل تدريجياً عند تعرضه عدة مرات لكلاب أليفة ، وهذا يوضح أن الخوف يقل بعد

المحاولات المتكررة في مواجهة المثير، حيث تعمل على تغيير التقديرات الشخصية التي تكونت بفعل المشابهة والمماثلة، والتي أكسبته مجموعة من الخبرات الأليمة الحتمية، كل ذلك سيحدث عندما يتصل بتلك المثيرات، ولكن بالتعريض المتكرر للمثيرات المخيفة تقل هذه الخبرة تدريجياً، ومن ثم يقل سلوك التجنب.

- **السبب الثانى:** يشجع العلاج بالتعريض على منع استجابات التجنب والهروب؛ عن طريق تعلم وإنماء مجموعة من السلوكيات البديلة المرغوب فيها. ويتم ذلك من خلال مسرحية (والغرض منها إبقاء الفرد في الموقف مع امتلاكه الفرصة في تعلم معلومات جديدة عن هذا الموقف) تعمل على استبدال استجابة الخوف باستجابة جديدة ملائمة ومناسبة عن نفس الموقف المرهوب، وبذلك يمتلك الفرد فرصة تعلم معلومات جديدة عن المثيرات المخيفة.

ومثال ذلك "الطفل الذى يخاف من الكلب بسبب عضة تعرض لها، نجعل الطفل يقترب من كلب أليف، ونجعل الكلب يشم يد الطفل أولاً، ثم يحاول الطفل الاقتراب من موخرة الكلب ليمسك ذيله بدون عضه؛ فيقل تبعا لذلك استجابة التجنب والهروب لدى الطفل.

السبب الثالث: هو أنه لا يظل الأفراد قلقين بشكل كبير في غياب تهديد حقيقى، لذلك فإنه من خلال العلاج بالتعريض يتم تعريضهم بشكل مبدئى لتمثيل المثير المخيف، والذى يثير لديهم مشاعر القلق والرعب، وبالتالي يعمل على انطفاء استجابة التجنب والهروب بالتدريج. **(Richard,et al., 2006: 11)**

وعلى الرغم من ذلك فقد وجهت بعض الانتقادات إلى نظرية العاملين لمورار، وهي:

١- إن بعض الأفراد لا يتذكرون أو بمعنى أصح لا يستطيعون استخدام مداركهم العقلية في استرجاع خبرات التعلم الخاطئة المتعلقة بخوفهم النوعي، بالرغم من التطور الكبير لتلك المخاوف وتأثيرها على حياتهم وإن كان لاحقاً.

٢- شعور المرضى ببعض الأعراض الاكتئابية أثناء الجلسات نتيجة تذكر بعض الأحداث المؤلمة والمرعبة

(Smits, et al., 2004:649)

ج- نظرية لانج للعملية الحيوية : Lang's Bioinformational

Theory(1977) بسبب الانتقادات التي وجهت لنظرية **مورار**، افترض العالم **لانج Lang (1977)** "أن للخوف مكونات معرفية وفسيولوجية، ووصفه على أن له ذاكرة انفعالية يتم تخزينها على شبكة خاصة بدلالات لفظية معينة، والتي يتم انماءها وتطورها داخل المخ، واعتبر **لانج** أن هذه الذاكرة تحتوى على ثلاثة أجزاء معلوماتية خاطئة وهي:

١- المعلومات الخاصة بالمثير أو الموقف الذى يثير الذكريات الانفعالية الأليمة.

٢- المعلومات التى تختص بالاستجابات **(**معرفية – فسيولوجية**)** الخاصة بالفرد.

٣- إشارات خاصة بدلالات لفظية ونموها داخل المخ، والذى يعرف معنى المثير والاستجابة. **((1979: 499), (1977:866) Lang)**

ويذكر**لانج** أن معظم شبكات العمل الانفعالية يتم فهمها لكى تكون سبباً في معرفة تاريخ الحالة للفرد، وخاصةً الخبرات الضرورية للحفاظ على

حياته. وعرف **لانج** الانفعالات على أنها سلوكيات فعل مخزنة يتم تحريرها وإطلاقها؛ عندما تنشط في بيئات خاصة تنطوي على دلالات لفظية معينة داخل المخ. **(Lang, 1995: 379)**

كما أشار أيضاً إلى أن أنظمة الاستجابة سواء كانت(معرفية – حركية – فسيولوجية)، تعتمد على مستوى الاثارة، وتكافؤ المثير، ودرجة التحكم . بمعنى أنه من المتوقع أن يصل المريض إلى درجة من الانسجام بين هذه الأنظمة فقط، في المواقف التى تصل إلى حد الذروة (أي الحالات والظروف التى يكون فيها مستوى الإثارة عالياً جداً)، ويكون تكافؤ المثير سلبياً، ولا يوجد تحكم داخلي لدى الفرد؛ فعندما تحتوى شبكة العمل الانفعالية على معلومات خاطئة عن بعض المثيرات يترتب عليه قلق غامر، واكتئاب داخلي يتطلب التدخل العلاجى **(Lang, 1985:145)** .

ويذكر **لانج**(۲۰۰۱) أنه عند احتواء شبكة العمل الانفعالية على معلومات خاطئة تقود الفرد إلى الشعور بالاكتئاب، فكان لازماً علينا التدخل العلاجى، وعلى هذا فإن العلاج بالتعريض وفقاً لنظرية **لانج** يستند على الوصف الخاص بشبكات العمل الانفعالية للخوف، والتى لها علاقة بالدلالة اللفظية للمعلومات المقدمة عن المثير واحتمالية استجابة الفرد عليها، حيث أكد أن الاختلافات تقع في نوع المعلومات واحتمالات الاستجابة عليها التى يتم تخزينها في شبكات العمل بواسطة طريقة التعميم والتوسع، وهذا يعني أن نظرية **لانج** الحيوية قائمة على شبكات العمل الانفعالية التي أساسها اللغة البشرية المنطوقة، حيث ينشط الفرد مواضع متعلقة بشبكة العمل الانفعالية هذه لإدخال قلقه المرضي في عملية أو في إجراء العمليات، التي من خلالها تتضح التمثيلات اللغوية المنطوقة الخاصة بقلقه، والتى تُنقل عبر وسط تعبيري لغوى منطوق. فإذا سُئِل الفرد عن حادثة مرعبة كتعرضه لعضة

كلب مثلاً ، فإنه يغير فقط في تلك الأبعاد الخاصة بهذه الحادثة والتى من الممكن الوصول إليها عن طريق القناة اللغوية المنطوقة، التي تعمل على استثارة المكونات الفسيولوجية الخاصة بموضوع الخوف، ولكن هذه المكونات لا يمكن تغييرها عن التدخل اللغوي فقط، بل عن طريق التنشيط الجزئي لشبكة العمل الانفعالية للخوف لديه، والتي تؤدي الى استثارة شاملة تقود إلى العلاج.

ويُعدّ مفهوم **لانج** الخاص بشبكات العمل الانفعالية المعقدة هو ثابت مع علاجات السلوك الحديثة التى تم بناؤها على الأسس النظرية للغة البشرية. **(Hayes, et al., 2001:95)**

وتُعدّ شبكات العمل الانفعالية معقدة من الناحية العصبية، وتكون ممثلة فى هيئة نماذج مصفوفة، توضح وفرة من النماذج العملية ذات اللغة المنطوقة، والتى تشكل أفكار الفرد وذكرياته عن خبرة مستهجنة أو أليمة، والتى تُعد بمثابة مثير قوي لقلقه وخوفه. ومثال ذلك: عندما يطلب من الفرد ذي الفوبيا الاجتماعية أن يفكر في تفاعل اجتماعى مخيف (ينطوى على خبرة لفظية غير سارة كتعرضه للنقد والسخرية مثلاً)، فيتخيل نفسه فيه ويبدأ في تمثيل استجابة الخوف ولكن في غياب المثير المخيف، وبدوره فإن الفرد يتجنب الأفكار ذاتها ولكن بتحكم وتقييد أكبر للمشاعر المقلقة، وطبقاً لنظرية **لانج**، فإنه يتم اشتقاق تلك الأفكار من خلال الارتباطات المتصلة بالذاكرة الخاصة بدلالات الألفاظ وتطورها. وخلاصة القول، على المعالج أن يعزز التعلم الاجتماعى وبعض المهارات الاجتماعية لدى الفرد، ولا تقتصر فقط على تقييم أفكاره الخاطئة عن المواقف المرهوبة

(Hayes, et al., 1999: 66).

ويذكر **ولسون وموريل(٢٠٠٤)** أن التعريض المتكرر ينجح في خلق أفق واسع ومرن لدى الفرد، والتى يمكن تمثيله في صورة مسرحية تشتمل على مجموعة من السلوكيات الاجتماعية الصحيحة والتي تنطوي على دلالات لفظية منطوقة، تقلل من التوتر، بمواجهته للمثيرات لا تجنبها أو الابتعاد عنها. وأكدا أن العلاج بالتعريض له فائدة كبيرة في تقوية ذخائر السلوكيات التكيفية الصحيحة والمتوافقة مع البيئة لدى الفرد.
(Wilson& Murrell, 2004: 82)

وتوصف هذه النظرية بأنها إحدى النظريات المعلوماتية العملية **"Information – Processing Theories"**، التي تعد قائمة على ميكانيزم انطفاء الاستجابة في تقليل الخوف من اللغة المنطوقة **(Lang, 1977:867)**.

د – نظرية رتشمان للعملية الانفعالية:

Rachman's Emotional Processing Theory

بنى **رتشمان Rachman (١٩٨٠)** نظريته على نتائج نظرية **لانج** الحيوية، فافترض أن مفهوم العمليات الانفعالية يعني العملية التى تتم بواسطتها فهم واستيعاب الانزعاجات الانفعالية للمثيرات غير السارة ، حيث تعمل على تقليل حدتها الى الدرجة التي تسمح للخبرات، والاستجابات، والسلوكيات المرغوب فيها في الظهور والتقدم، بمعنى أنها تعمل على كف الاستجابة غير التكيفية، باستبدالها بسلوكيات أخرى تكيفية تجاه الأشياء والمواقف.

ويستدل **رتشمان** حدوث العمليات الانفعالية عندما تنخفض الإثارة الانفعالية المتمثلة في القلق، وعندها يبدأ الفرد في العودة للنموذج السلوكى الروتينى الطبيعي والتكيفى. **(Rechman, 1980: 52)**

ويشير **رتشمان** إلى أن درجة العمليات الانفعالية من الممكن ملاحظتها بواسطة مقاييس أو محكات شاملة منها:

- ❖ قدرة الفرد على التحدث عن الأحداث الانفعالية الأليمة.
- ❖ النظر والإنصات إلى مَنَّ يذكره بهذه الأحداث. على سبيل المثال: يستطيع الفرد الفوبيوي أن يظل موجوداً مع المثير المخيف لعدة أشهر بعد العلاج بالتعريض، وذلك لنقرر مدى فاعلية العملية الانفعالية في التخفيف من القلق والتوتر الناشئ عن هذا المثير.

وعلاوة على ذلك، فقد أُخِذ على **رتشمان** أنه استخدم محكات أولية لقياس التغير المعيارى، وهذا ما جعل البعض يسعى لإدخال محكات متقدمة للحكم على مدى تقدم العملية الانفعالية. وبالرغم من أن نظرية **رتشمان** لم تضف بشكل واسع توضيح ميكانيزم الفعل المبين لتأثير العملية الانفعالية، إلا أنه استهدف عمل تعديل على نظرية **لانج** الحيوية، من أجل توسيع هوية أفكاره الخاصة بإدخال الانفعالات في عملية، خلال شبكة الذاكرة الانفعالية التى وضحها **لانج**.

وقد أشار **رتشمان** إلى بعض العوامل التي تؤثر على قوة العملية الانفعالية وهى :

١- العوامل المرتبطة بالحالة مثل (الأرق، والتعب، وعدم الراحة).

٢- العوامل المرتبطة بالشخصية مثل (المنافسة، والشعور بالأمن، والعصبية، والانطواء)

٣- العوامل المرتبطة بالمثير مثل(قوة المثير، ومدى استمراره)

٤- العوامل المرتبطة بالنشاط مثل(العوامل الخارجية المحيط بالعملية الانفعالية ككل).

وافترض **رتشمان** أن ثمة ميكانيزمات فعل تعد هي المسؤلة عن احداث التقدم في العملية الانفعالية خلال جلسات التعريض وهي التعود، والكف المتبادل، والتعريضات المتكررة أو المستمرة التي تسهم في خفض سلوك التجنب **(Rechman, 1980:52)**.

ه – نموذج فوا وكوذاك الخاص بالعملية الانفعالية:

Foa and Kozak's Emotional Processing Model

توسع **فوا وكوذاك Foa & Kozak (1986)** في عمل **لانج ورتشمان** حيث افترضا "أنه من الممكن خفض وتقليل الخوف لدى الفرد؛ من خلال تعديل بنية الخوف الكامنة أو المستترة لديه، والتى تشتمل على المعارف، والمعلومات، والسلوكيات المتعلقة بالمثيرات المرهوبة". حيث طورا الإجراء الانفعالي، فأدخلاه في العلاج بالتعريض، وأكدا على ضرورة رؤية الخوف كبنية معرفية في الذاكرة، تحفز الفرد على الهروب أو تجنب الخطر.

وقدم **فوا وكوذاك** نموذجاً مقترحاً للعلاج بالتعريض حيث أشارا الى أن تخفيف الخوف لا يحدث بسبب ضعف الروابط بين مكونات شبكة الخوف في الذاكرة فقط ، ولكنهما أعزوا السبب الرئيسي إلى التغيير الذي يطرأ على المعنى الخاص بتكوين بنية الخوف الرئيسة، والذي يتكون بفعل التعريضات المتكررة للمثيرات المخيفة.

(Foa & Kozak, 1986:22)

ويمكن تمييز بنية الخوف عن غيرها من البنيات المعرفية من خلال مقدار التكافؤ الانفعالي الخاص بها، وعدد من مفاتيح الإثارة التى تعمل على تنشيط هذه البنية.

ويعرف **فوا وكوذاك** بنية الخوف على أنها "البرنامج الخاص بخطر مرهوب ما". وتتميز بنيات الخوف المرضية بعدة خصائص منها فرط

الاستجابة، ومقدار الإثارة الفسيولوجية، وبعض سلوكيات التجنب، ومقاومة التغير، لذلك فإنه الممكن الاستدلال على نشاط بنية الخوف في العلاج عن طريق إعادة التنشيط الفسيولوجي للفرد، من خلال تعريضه لمثير مخيف (بغض النظر عن بيئة التعريض، والتغيرات في التقارير الذاتية، والملاحظات السلوكية المتعلقة بالقلق المتزايد).

(Foa & Kozak, 1986:23).

ومن هذه الوُجِهة النظرية، يعد العلاج بالتعريض مسئولاً عن إحداث ثلاثة تغيرات مهمة في العملية الانفعالية وهى:

١- التعريض إلى مثير مخيف، ينشط بنية الخوف الخاصة به، والمترابطة فيما بينها وهى مطلب ضرورى لأى تعود ناتج.

٢- يقدم التعريض المتكرر والمطول للمثير المرهوب، المعلومات الصحيحة التى لها أثر كبير في تعديل بنية الخوف؛ بما يترتب عليه تقليل قلقه ومن ثم سلوك التجنب.

ويُرجع **فوا وكوذاك** السبب في خفض الخوف بشكل مبدئي إلى ما يسمى بالتعود أو الاعتياد أو الأُلفة ***Habituation*** ، والذي يحدث في الجلسات الأولى من العلاج، واعتبرا أن التعود هو الميكانيزم الفعال في خفض الخوف خلال جلسات التعريض ومن ثم تغيراً علاجياً طويل المدى. وقد وضحا أنه من الممكن الكشف عن التعود عن طريق مقاييس القلق، والمعايير الفسيولوجية، والتقارير الذاتية، والملاحظات السلوكية، التى تكشف عن حالة الفرد قبل الإثارة، ومدى تنشيط بنية الخوف لديه، والخط الفاصل الذى يحدد استمرار الفرد معرضاً للمثير المرهوب من عدمه.

ويستدل على حدوث التعود خلال الجلسات عن طريق المقارنة بين أثر المثير الفسيولوجي في بداية الجلسات، وأثره خلال جلسات التعريض،

وما مدى ترجمة الفرد لتوقع احتمال الضرر، وحجم الكارثة التي تقع به إذا تعرض له، حيث يقوم الفرد بتغيير أفكاره، وتعديل مبدئه، ومحاولة مقاومة هذا القلق، والتقليل من سلوك التجنب، والتصدي لهذا الخطر، وإعادة تعديل التكافؤ الانفعالي السلبى للمثير المرهوب.

كما أعزى **فوا وكوذاك** عدم إتيان العلاج بالتعريض ثماره المرجوة؛ إلى الفشل في تنشيط وتعديل بنية الخوف لدى الفرد. ومثال ذلك، أن الخوف قد يحدث بسبب وقوع اختلاف كبير بين بنية الخوف الخاصة بالفرد، والمعلومة الصحيحة التى يتم تقديمها من خلال العلاج بالتعريض، **(**بمعنى أنهما لا يتوافقان بشكل يمكن الاعتياد عليه مع البارمترات الخاصة بالمثير التى تم تمثيلها في الذاكرة**)**، حيث إنه من الجائز لبعض العناصر غير المخيفة في موقف ما؛ أن تؤدى إلى استراتيجيات من التجنب المعرفية الدقيقة الخاصة بالفرد، والتى تجعله يفشل في تحويل المعلومة إلى إشارات عصبية تُنشِط بنية الخوف لديه، لذلك أكَّدَ **فوا وكوذاك** أن خصائص الفرد قد تعوق عملية العلاج، كاضطراب المزاج، والاكتئاب، والأمراض المزمنة كأمراض القلب والحساسية المُرهفة.

(Foa& Kozak, 1986: 30 – 31).

و – مراجعة النظرية: A Revised Theory

راجع كل من **فوا ومك نالى Foa & McNally (١٩٩٦)** نموذج العملية الانفعالية، وذلك بعد مرور ١٠ سنوات على نموذج **فوا وكوذاك،** لتفسير العلاج بالتعريض حيث وجد أنه لا يساعد في إضعاف الروابط القديمة الخاصة بالخوف فقط، وإنما يساعد أيضاً في تقوية روابط جديدة صحيحة متعلقة بتك المثيرات، وقد جادلا أيضاً وجهة النظر التى مؤداها: " فى أن العلاج بالتعريض الناجح يعكس أكثر من تعديل لبنيات الخوف الموجودة بالفعل. ولكن على الوجه الآخر، يعمل على إبداع بنيات جديدة التى لها من الأثر الكبير في التقليل من الخوف، وخفض سلوك التجنب، ولكن تلك

البنيات الجديدة غير المرضية يمكن أن تتأثر ببنيات الخوف الموجودة سابقاً؛ وهذا جعلهما يوضحان الأثر الكبير الذى تلعبه البيئات والأماكن والحالة المزاجية للأفراد، في منع البنيات الجديدة في النمو والتطور بشكل سليم في طريق التعلم الصحيح.

وخلاصة القول: أوصى كل من **فوا ومك نالى** إلى أن العلاج يجب أن يُوجه إلى تعميم الاستجابات المرغوبة، وذلك عن طريق تقوية البنيات الجديدة للخوف التى تواجه بنيات الخوف القديمة، وما يترتب عليها من التقليل من سلوك التجنب .

(Foa & McNally, 1996:335 – 340)

ز- النظرية المعرفية:

تختلف النظرية المعرفية عن النماذج السلوكية، حيث تركز النماذج السلوكية فى المقام الأول على السلوكيات التى يمكن ملاحظتها، أما النظرية المعرفية فتؤكد على تلك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك لدى الفرد، فالطريقة التى يدرك بها الفرد الموقف تؤثر فى مشاعره وسلوكه ولهذا ترى النظرية المعرفية أن المعارف، والانفعالات، والسلوك تمثل مكونات ثلاثة ذات علاقة تفاعلية ودينامية فكل هذه المكونات تؤثر فى بعضها البعض.

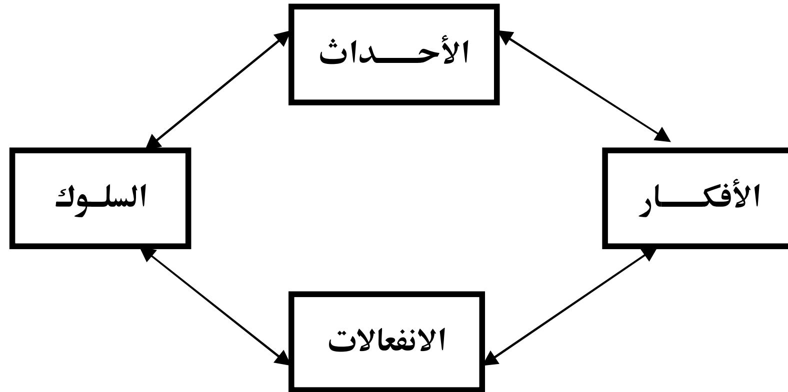
من هنا تؤكد النظرية المعرفية أساساً على التفكير أو المعرفة حيث المعرفة تسبق الانفعال، ولهذا ترى أن الطريقة التى نسلك بها ومشاعرنا تكون غالباً مرتبطة بالاعتقادات والاتجاهات والإدراكات والمخططات والإعزاءات لدينا، وعندما تكون أنماط التفكير لدى الفرد خاطئة أو محرّفة عندئذ تكون الإضطرابات الانفعالية والسلوكيات غير السوية، وعلى هذا فإن معظم المشاكل النفسية تنتج عن عمليات التفكير الخاطئة.

وأنه طبقاً لهذه النظرة فإن تغيير الطريقة التى يدرك بها الفرد تؤدى إلى تغيير مشاعره وسلوكه، ولذلك يستند العلاج المعرفى إلى مبدأ أن السلوك غير التوافقي والانفعالات السلبية لدى الفرد هى نتيجة التفكير الخاطئ وغير الخاطئ وغير الملائم، ومن ثم يسعى إلى تغييرها واستبدالها بأفكار واعتقادات أكثر توافقية ومنطقية.

وتقوم الفكرة الأساسية أو الرئيسة فى النظرية المعرفية على أن الانفعالات والسلوك لدى الفرد تكون غالباً مرتبطة بالتفكير لديه، فهناك مواقف كثيرة يتعرض لها الفرد غالباً ما تثير لديه القلق أو الغضب أو الاكتئاب، وذلك وفقاً للطريقة التى يدرك بها الفرد هذه المواقف، وهذا الشكل التخطيطي يوضح التفاعل بين التفكير والانفعال والسلوك، وكيف يؤثر كل منها فى الآخر وفيما يلي رسم تخطيطي يوضح ذلك في شكل "٦" **(Beck, 1995)**

شكل(٦)

شكل توضيحي يبين التفاعل بين التفكير والانفعال والسلوك



من هنا ترتكز النظرية المعرفية عند أرون بيك على الأبنية المعرفيـة التـى تعرف بالمخططات ويشير **بيك وآخرون** (١٩٩٠) إلى أن العمليات الدافعيـة والوجدانية والمعرفية تكون جميعها محكومـة بمحتـوى هـذه المخططـات المعرفية لدى الفرد، والتى تشكل العناصر الأساسية للشخصية وبـذلك فهـو ينظر إلى الشخصية على أنها تعكس التيار المعرفى للفرد، وأن هذه الأبنيـة المعرفية قد تحتوى على اعتقادات وتحريفات معرفية، وأنها كذلك من الممكن أن تكون مُبالغ فيهـا لـدى الأفـراد ذوى الاضـطرابات الشخـصية، وأن الاعتقادات المختلة وظيفياً لدى الاشخاص ذوى اضطرابات الشخصية تـدفع إلى القلق والضيق. **(Beck, 1990)**

ومن الشكل السابق، يتضح أن التفكير يـؤثر بـشكل مباشـر علـى انفعالات وسلوكيات الأفراد، فمن غير الجائز أن نفصل بين تفكير الفـرد أو انفعاله أو سلوكه فجميعهم يحدث في آن واحد، فعندما ينفعل الفرد فإنه يفكـر ويفعل، وعندما يفعل فإنه ينفعل، وعندما يفكر فإنه ينفعل ويفعل. ومـن هـذا المنطلق فالتفكير والانفعال الانساني ليسا بعمليتين متبـاينتين أو مختلفتـين، وإنما تتداخلان بصورة كبيرة، بل ويمكن النظر إليهما على أنهمـا وجهـان لشيء واحد، أو على أنهما شيء واحد بالفعل.

(أشرف عبد القادر،٢٠٠٩: ٦٤-٦٥)

ويمكن القول، بأن التعريض من وجهة النظر المعرفية يستند على:

- ❖ مواجهة الرغبة القوية نحو تجنب المثيرات المرهوبة، أو الهروب منها والمترتبة على مجموعة من الاعتقادات والتحريفات المعرفية عن تلك المثيرات.
- ❖ السماح بتعلم استجابة انفعالية صحيحة وجديدة عند مواجهة تلك المثيرات، مما يترتب عليه انطفاء استجابة الخوف.

فالنظرية المعرفية وضعت تصوراً مؤداه أن الأفكار، والانفعالات، والأحاسيس تلعب دوراً مُهمًّا في معاناة الفرد، وفسر هذا المنهج دور الذاكرة، والأفكار اللامنطقية الكارثية، والعبارات النفسية الزائفة في نشأة معظم اضطرابات القلق لدى الفرد. وتقوم النظرية المعرفية على تزويد المريض بالمعلومات والأفكار المعرفية الصحيحة لملء الفراغ الموجود في الذاكرة ولكن بتعلم صحيح وجديد**(Wiliams, et al.,1996: 6)**

وخلاصة القول، يقصد بالتدخل المعرفي في العلاج بالتعريض " إدخال مجموعة من الاستراتيجيات التى تهدف إلى مساعدة الفرد على توجيه أساليبه المعرفية الخاطئة، وتفهم الدور المنوط به في دحض أفكاره اللاعقلانية الخاطئة، وفي تحسين قدرته على مواجهة المثيرات المرعبة، وكف استجابة التجنب والابتعاد عن تلك المواقف، حيث يتم تدريبهم على بعض المهارات المعرفية التى تجعلهم أكثر مرونة، وأكثر قابلية لتغيير أنماط تفكيرهم الخاطئة، ومن ثم تأتي الخطوة الأخيرة وهي خلق مجموعة من السلوكيات الجديدة الصحيحة الملائمة عند مواجهة تلك المثيرات والمواقف **(Forsyth, et al., 2006: 66)**.

ح- التحكم المُدرك وفعّالية الذات :

Perceived Control and Self Efficacy

لقد عقب عمل **فوا** وزملائه فصلاً قام بكتابته **منيكا وتومس** **Mineka &Thomas (١٩٩٩)**، الذى تساءلا فيه عن بعض مفاهيم العملية الانفعالية ونظرياتها التي تفترض تفسيراً بديلاً للتحسن العلاجى. وقد أشارا إلى أن نموذج العملية الانفعالية لا يمكنها أن تُحدِث التغيرات الانفعالية أثناء التعريض، وهذا يفسر السبب في أن أي نموذج يعتمد على منهج عملية المعلومات وحدها، يجد صعوبة في تمثيل المعلومات الخاصة ببنية الخوف

التى تعمل على تقليله، ووضحاً الدور السلبى الذى تلعبه سلوكيات الأمان التى يقوم بها الفرد من أجل التخلص من الخوف والقلق.

وفى ضوء ما سبق افترضا **منيكا وتومس** نظرية بديلة استخلصاها من بين نظرية فعّالية الذات لـــ **باندورا Bandura** ، ونموذج العملية الانفعالية الخاص ب **فوا وكوذاك** ، حيث فسرا منهجهما على دور التحكم المُدرك وفعّالية الذات للفرد في إدارة المواقف المختلفة التي يتعرض لها.

وخلاصة القول: أن **منيكا وتومس** ناقشا النظريات الأخرى، وألقيا الضوء بشكل عام على الافتراضية التى مؤداها أن" استعادة التحكم في حياة الفرد له الدور الكبير في تقليل القلق، وخفض سلوك التجنب لديه". ولكن هذا لا يعني بالضرورة أن النظريات القائمة على انطفاء الاستجابة، والتعود خاطئة، و لكنهما اعتبراها غير كاملة.

وقد أشارا إلى أن انخفاض القلق خلال العلاج بالتعريض يُسفر عن زيادة قدرة الفرد على التحكم بذاته وما يقابله من زيادة في فعّاليتها، مما يؤدى الى فهم أعمق لقدرته على مواجهة المواقف المرعبة التى لم يكن باستطاعته مواجهتها، بل وتساعده أيضاً على تغيير البيئة بالقدر الذي يسمح له بالتفاعل معها.

وأكدا **منيكا وتومس** أن فعّالية العلاج بالتعريض تُسند إلى مدى تعميم آثاره العلاجية على البيئات والمواقف المختلفة، وأن التحكم المُدرك وفعّالية الذات يلعبان دوراً مُهمًا فى تعميم آثار العلاج، لأن التعريض يزيد من إحساس الفرد بالتحكم المُدرك في ذاته. على سبيل المثال،**(جميع تعبيرات**

الجسم**)** قد تزيد من شعور الفرد بالأمان، وتُعدّ بمثابة إشارات أو معلومات أمان يزود بها من قبل البيئة المحيطة.

(Mineka & Thomas, 1999:754)

ص- نماذج الشبكات العصبية: Neural Networking Models

استعرض **تريون Tryon** **(٢٠٠٥)** بشكل عام وشامل الآليات المفترضة الخاصة بميكانيزمات الفعل، والتى تعمل على فقدان الإحساس بالخوف عندما يتعرض الفرد للمثيرات المرهوبة، حيث قدم نموذجاً للشبكة العصبية فسر فيه بشكل مقبول آثار العلاج بالتعريض، حيث اشترك منهج **تريون** مع المناهج المفسرة الأخرى فى نموذج الشبكة العام، ولكنه كان أكثر خصوصية فيما يتعلق بالطريقة التى يتم بها تنشيط شبكة الخوف من خلالها .

افترض **تريون** أن الاحتفاظ بالتعلم هو معتمد على شبكة ذاكرة الخوف فى الدماغ، ويقوم مبدأ ذاكرة التعلم على فكرة مؤداها أن التعلم والذاكرة قد يتشابكان في نقطة عصبية واحدة، وينبثق العلاج من تغيير وزن الرابطة الخاص بالرابطة العصبية التقديرية المتعلقة بنقطة الاشتباك العصبى، ومن الممكن إعتبار ميكانيزم ذاكرة التعلم عاملاً فعّالاً؛ نستطيع من خلاله تغيير الآثار المتنوعة لمعظم الظواهر المختلفة مثل انطفاء الاستجابة والتعود.

وقد وضح **تريون** أن التعلم على أساس هذا النموذج يقوم على مقادير الرابطة التي تربط بين رابطتين عصبيتين ، فمن خلال تغيير النسب التقديرية لهذه المقادير ينعكس تباعاً له التأثير الخاص بالمعلومة الجديدة، وما تبذله من عمل ارتباط جديد بينهما.

ووصف **تريون** هذه الشبكة على أنها نظام له طبقة خارجية، وتليه عدد من الطبقات، وأن كل طبقة تتكون من مجموعة من العقد، وجميع العقد

مرتبطة مع بعضها عن طريق مجموعة من نقط التشابك العصبية، وتشابكات بين الطبقات، وهذه الطبقات قد تم بناؤها بشكل يجعلها مجاورة لبعضها البعض.

وخلاصة القول، يمكن وصف وتفسير عملية العلاج في أن العقد الموجودة في الطبقات الداخلية الخاصة بالمثير فقط، تتصل بشكل غير مباشر مع طبقة الاستجابة السلوكية القصوى، وهذا الاتصال يتم تنقيطه عبر الوسط فى شكل مجموعة من المفاهيم، التى يجرى تمثيلها فى الطبقة المتداخلة على تخزين هذه المفاهيم في الشبكة العصبية، وهذا يبين أن روابط التشابك العصبي إما أن تكون مثيرة، أومعوقة للنشاط العصبى، وفي حالة وجود تنشيط للشبكة العصبية المؤلفة من سلسلة طبقية، تتساقط الاشارات على العقد المختلفة ويحتمل وجودها على القوة الخاصة بنقط التشابك العصبى السابقة المتعلقة بالروابط العقدية.

أما عن قوة الاستجابة العصبية للتنشيط العصبى، فهى تعتمد على تغيير أوزان الروابط الخاصة بالخلايا العصبية المنشطة، ويتم ذلك بطريقة ديناميكية. ومما سبق، يتضح أن التعلم ما هو إلا كنتيجة تابعة لذلك التعديل فى أوزان الروابط العصبية، والتغييرات الناتجة فى النموذج العصبى الذى يعمل كسيل من الاشارات العصبية، ويرى **تريون Tryon** أن "وزن الرابطة التى يحدثها التعلم تتغير" والأساس فى التغيير، هو أن الشبكة توضع على أساس خصائص ومزايا المثير، وبالتالى يأتى تغيير المعنى الذى يعزى إليه التقدم فى العملية العلاجية. **(Tryon, 2005:81)**

تعقيب عام على النظريات السابقة :

تنوعت وتعددت النظريات المُفسرة لفاعلية العلاج بالتعريض تبعاً لميكانيزمات أو آليات الفعل التى يقوم عليها، فالنظرية السلوكية لـــ **ولبى (١٩٥٨)** أسندت فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من القلق إلى الكَفّ بالنقيض أو الكَفّ المتبادل المتمثل في الاسترخاء، الذي يلعب دوراً مُهمًّا في فك الارتباط الشرطي الخاطئ بين المثير والاستجابة ومن ثم انطفاء تلك الاستجابة، باعتبار الفوبيا ما هي إلا ترجمة لمخاوف تشريطية مرتبطة ببعض المواقف أو المثيرات التي تنطوي على تهديد بالنسبة للفرد. فالعلاج بالتعريض هنا يعمل على التعرض المُدرّج لبعض المشاهد المرعبة، وهذا ما دفع البعض إلى وصفه بالتحصين التدريجي، إلى أن جاء **ستامفل وآخرون (١٩٦٧)، وماركس(١٩٧١)، وفوا وآخرون(١٩٧٧)** الذين توصلوا إلى أن التحصين التدريجي والغمر ما هما إلا فنيتان في العلاج بالتعريض.

وأكدت نظرية **موررار Mowrer(١٩٦٠)** للعاملين آراء **ولبي** في أن فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات القلق تكمن في قدرته على إحداث انطفاء للاستجابة الشرطية المرتبطة بالمثير الشرطي، مقدماً تفسيراً إجرائياً لآلية الفعّل في العلاج بالتعريض المتمثلة في الانخفاض الحتمي لاستجابة الخوف لدى الفرد **(العامل الأول)** إبان التعريضات المتكررة للمثير الشرطي في غياب المثيرات غير الشرطية المصاحبة له، وكذلك منع استجابة التجنب والهروب **(العامل الثاني)** من الظهور عن طريق تعلم وإنماء مجموعة من السلوكيات البديلة المرغوب فيها. كما أشار **موررار** أنه من الممكن التعريض بشكل مبدئي لتمثيل المثير المرهوب؛ وبالتالي تنخفض وتنطفئ استجابة الخوف بالتدريج.

ثم جاء **لانج Lang** (۱۹۷۷) معترضاً على آراء **مورار Mowrer** في تفسيره لانطفاء استجابة الخوف، ومقدماً تصوراً مُفسراً لآلية الفعل في العلاج بالتعريض وذلك من خلال نظريته للعملية الحيوية المتمثل في شبكة العمل الانفعالية التي أساسها اللغة البشرية المنطوقة، حيث افترض أن للخوف شبكة انفعالية خاصة بدلالات لفظية معينة يتم انماءها داخل ذهن الفرد، والتي تمثل ذكرياته وأفكاره عن خبرة مستهجنة وأليمة عن حدث ما، والتي تنمى بالتدريج عن تلك الحدث؛ فعندما تُحَرر وتُطلَق تلك الأفكار والذكريات عند تنشيطها في بيئات خاصة معتمدة في ذلك على اللغة البشرية المنطوقة(كتذكر الفرد أو تذكيره بموقف اجتماعي غير سار تعرض فيه مثلاً للنقد أو السخرية من جانب المحيطين به)؛ تنطفيء استجابة الخوف وتبعاً لها يحدث التغير العلاجي.

وجاء **رتشمان Rachman** (۱۹۸۰) ليبني نظريته على نتائج نظرية **لانج** الحيوية مفترضاً أن العملية التي تتم بواسطتها فهم واستيعاب الاستثارات الانفعالية للمثيرات غير السارة يُعمل على خفضها؛ من خلال السماح للخبرات والاستجابات والسلوكيات المرغوب فيها في الظهور عن طريق كَفّ الاستجابة غير التكيفية، واستبدالها بسلوكيات أخرى تكيفية تجاه الأشياء والمواقف من خلال التعريضات المتكررة للمثيرات المرهوبة، معتبراً في ذلك أن التعود والكف المتبادل هما المسؤلان عن إحداث التحسن العلاجي.

ووسع **فوا وكوذاك Foa & Kozak** (١٩٨٦) عمل **لانج ورتشمان** مقدماً في ذلك نموذجاً مُفسراً لميكانيزم الفعل في العلاج بالتعريض من خلال نموذج العملية الانفعالية، المتمثل في قدرته على إحداث التغير في البنية المعرفية للخوف لدى الفرد، والتي تشتمل على المعارف والمعلومات المتعلقة

بالمثيرات المرهوبة؛ عن طريق تنشيط تلك البنية بالتعرض لها فتُضعِف الروابط الموجودة بين مكونات الخوف بداخلها، بسبب تغير المعنى الخاص بتلك المثيرات. ويُسنِد **فوا وكوذاك** التحسن العلاجي في العلاج بالتعريض إلى حدوث التعود الذي اعتبراه الميكانيزم الفعّال في العلاج بالتعريض .

ورُوجع نموذج العملية الانفعالية من قبل **فوا ومك نالي (١٩٩٦)** مستخلصا أن فاعلية العلاج بالتعريض تتمثل في قدرته على توجيهه إلى تعميم الاستجابات المرغوبة، وذلك عن طريق تقوية البنيات الجديدة للخوف(ذات المعنى الصحيح للمثيرات) لكي تواجه بنيات الخوف القديمة، وما يترتب عليه من التقليل من سلوك التجنب.

ثم وُضِعت النظرية المعرفية على تَصَوُّرٍ مؤداه أن الأفكار، والانفعالات، والأحاسيس تلعب دوراً مُهمًّاً في معاناة الفرد، وفسر هذا المنهج دور الذاكرة، والأفكار اللامنطقية الكارثية، والعبارات النفسية الزائفة في نشأة معظم اضطرابات القلق لدى الفرد. فأُدخل على العلاج بالتعريض مجموعة من التدخلات المعرفية على يد **وليمز وآخرون(١٩٩٦)**، التي تزود الفرد بالمعلومات والأفكار المعرفية الصحيحة لملء الفراغ الموجود في ذاكرته ولكن بتعلم صحيح وجديد، والتي تساعده على دحض أفكاره الخاطئة القديمة والمرتبطة ببعض المواقف أو المثيرات.

ثم جاءت نظرية التحكم المُدرك وفعّالية الذات لـــ **منيكا وتومس (١٩٩٩)** مُهاجمة فيها النظريات القائمة على الميكانيزمان القائمان على انطفاء الاستجابة والتعود في تفسير آلية الفعل في العلاج بالتعريض، حيث أعزوا التغير العلاجي إلى زيادة فعّالة الذات والتحكم المُدرك فيها من قبل الفرد، والذي يمكنه من تغيير البيئة بالقدر الذي يمكنه من التفاعل معها.

وأخيراً، جاء **تريون** (**٢٠٠٥**) واضعاً تصوراً جديداً لآلية الفعّل في العلاج بالتعريض، وهو بذلك يكون قد أحدث طفرة في تفسيره لآلية العلاج لاستناده فيها إلى النظرة البيولوجية، ممثلاً في نموذج الشبكة العصبية التى تُفسر الاحتفاظ بالتعلم وانتقال أثره في انطفاء استجابات الخوف لدى الفرد، والتي تكمن في قدر التنشيط للاستجابة العصبية المسؤلة عن تغيير وزن الرابطة الخاص بالتشابك العصبي بين ذاكرة الخوف وذاكرة التعلم لديه.

وهذا، وتشير الباحثة إلى أنها استندت إلى معظم الأُطر النظرية المفسرة لآليات الفعّل في العلاج بالتعريض، تبنياً منها لوجهة النظرة التكاملية للعلاج بالتعريض في إحداث التحسن العلاجي، فقد انتقت من كل نظرية بعض الفنيات الملائمة بالشكل الذي يزيد من فاعلية البرنامج العلاجي المُعدّ، من حيث مواءمته لطبيعة العينة وخصائصها؛ فقد عمدت الباحثة في الدراسة الحالية إلى كف استجابة الخوف بالنقيض مستخدمةً في ذلك فنية الاسترخاء وذلك عند مواجهة المواقف المرهوبة. كما عمدت إلى غمر عينة الدراسة لفترة كافية في المواقف المرهوبة بالقدر يسمح لحدوث التعود؛ الذي يعمل على كف استجابة الخوف من خلال تعديل البنية المعرفية للخوف لدى الفرد، استناداً منها إلى أن العلاج بالتعريض ما هو إلا ترجمات معرفية تعمل علي سلوك الفرد من خلال تعديل البنية المعرفية الخاص به .

وقد استفادت الباحثة أيضاً من الوجهة النظرية التي تُرجِع فاعلية العلاج بالتعريض إلى إحداث تقدم في فعّالية الذات المدّركة لدى عينة الدراسة، بالشكل الذي ينعكس على زيادة تحكم الفرد في البيئة بالدرجة التي تمكنه من التغلب على خوفه وقلقه، مستخدمةً بعض الفنيات الملائمة التي تزيد من ثقة الفرد بذاته وبقدراته عند مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة. واستفادت الباحثة أيضاً من الوجهة البيولوجية التي تعزو فاعلية العلاج

بالتعريض إلى كونه قادر على إحداث التغير في وزن الرابطة بين التعلم الجديد وبين الخبرات الموجودة في ذاكرة الخوف لدى الحالة.

خامساً: أهداف العلاج بالتعريض:

يهدف العلاج بالتعريض كاتجاه سلوكي إلى عمل انطفاء لاستجابة الخوف لدى الفرد عند مواجهته لبعض المثيرات المرهوبة، وإكسابه بعض مهارات وأساليب المواجهة الصحيحة التي تمكنه من التفاعل معها.

ويهدف العلاج بالتعريض أيضاً من وُجِهة نظر العملية الانفعالية إلى تنشيط بنية الخوف الموجودة في ذاكرة الفرد، من أجل تعديلها عن طريق إكسابه معلومات صحيحة عند التعرض للمثيرات المرهوبة، وزيادة قدرته على التحكم في نوع العملية الانفعالية التى تسيطر عليه.

(Foa & Kozak, 1986: 25)

ويسهم العلاج بالتعريض في تغيير الاستجابة غير المرغوب فيها، عن طريق تقوية الذكريات المعرفية والسلوكية المتبادلة، بمعنى إحلال ذكريات جديدة صحيحة محل القديمة (تعلم جديد)، فيقوم التعريض هنا بأداء وظيفة تكاملية تكيفية من أجل التغلب على المفاهيم الخاصة بسوء التكيف، وسلوكيات التجنب من خلال التفسير المُقنع عن ميكانيزمات الفعل المتمثلة في الكف والتعود، والتي تمتلك القدرة في إحداث هذا التغيير.

(Richard,et al., 2006:18)

كما يهدف العلاج بالتعريض إلى زيادة فعّالية الذات المُدركة لدى الفرد، من خلال زيادة تحكمه بذاته لكي يتسنى له التحكم في البيئة المحيطة به.

(Hofmanne, 2004: 395)& (Clark, et al., 2003:1060)

سادساً: العوامل التى تؤثر على فاعلية العلاج بالتعريض لاضطرابات القلق :

يُعدّ العلاج بالتعريض فعّالاً في التخفيف من اضطرابات القلق وخاصةً الفوبيات النوعية ولاسيما الفوبيا الاجتماعية . وعلاوة على ذلك، فإن فهمنا للعوامل المؤثرة فيه قد تُسهِم في زيادة فاعليته واستمرار بقاء آثاره . **(Hirai, et al., 2006: 265)** وفيما يلي عرض موجز لأهم العوامل المؤثرة في فاعليته:

١- اضطرابات الشخصية **Personality disorder:**

حاول الباحثون الكشف عن هوية العوامل التى تؤثر على فاعلية العلاج بالتعريض في علاج الفوبيات النوعية ولاسيما الفوبيا الاجتماعية، فوجد **فان فيلزن وآخرون Van Velzen (١٩٩٧)** أن وجود أى اضطرابات عصابية لدى الفرد تؤثر بشكلٍ كبير على فاعلية العلاج بالتعريض، وأحد هذه الاضطرابات الاكتئاب الذى يؤثر بالسلب في علاج الفوبيا، حيث وُجد أن مدة العلاج تزيد من عشر إلى أربع عشرة جلسة، كما يتطلب المزيد من الدقة والضبط أثناء التعريض الحى للبيئة الخارجية أثناء الجلسات **(Van velzen, et al., 1997: 889-900)**.

٢- السلوكيات الآمنة **Safety Behaviors:**

قام **مرجان ورافل Morgan & Raffle (١٩٩٩)** بفحص مدى تأثير السلوكيات الآمنة على فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية، وتُعد هذه السلوكيات بمثابة إستراتيجيات سلوكية معرفية يستخدمها الفرد لتجنب التقييم السالب من الآخرين، ولمنع حدوث نتائج كارثية فى الموقف الاجتماعى، ومن هذه السلوكيات استخدام المساحيق

لاخفاء إحمرار الوجه أثناء الخجل، وحمل الكوب بإحكام شديد لتجنب ارتعاش اليدين أو الاهتزاز، والفرد يفعل ذلك اعتقاداً منه أن ذلك يقلل من خوفه ورهبته، ويقلل من التقييم السلبى له من قبل الآخرين المحيطيين به.

هذا وعلى العكس تماماً، فإن السلوكيات الآمنة تزيد من الانتباه المتمركز حول الذات، وتقلل الانتباه إلى المواقف الاجتماعية مما يؤدى إلى استمرار الخوف، بمعنى أن هذه السلوكيات تعمل على زيادة الخوف لديه لا تقليله حيث تعيق قدرته على التركيز، وقد تجعل الآخرين ينظرون إليه على أنه شخص غير جذاب، أو غير لطيف، وهذا ما يجعل الفرد الفوبيوي أقل جاذبية واهتماماً من الآخرين المحيطين به.

وأكدا أن السلوكيات الآمنة كانت هدفاً لهما أثناء التعريض، فكانا يسعيان للخفض منها خلال جلسات العلاج، وذلك من خلال إرشادهم بعدم الاستمرار فى استخدامها، وأكدا على أنه في حالة توقف السلوكيات الآمنة تزيد من فاعلية العلاج بالتعريض فى علاج الفوبيا الاجتماعية.
(Morgan & Raffle, 1999: 505-507) .

وافترض **سالكوفسكى Salkovskis** (١٩٩١) أن وظائف السلوكيات الآمنة في تجنب الخوف، تلعب دوراً مهماً في تمكين الفرد من تجنب العواقب والنتائج التى تنبثق عن الخوف في المواقف المختلفة التى تثير لديه القلق والرعب؛ حيث يسلك الأفراد ذو الفوبيا الاجتماعية بعض السلوكيات التى يعتقدون أنها ستُخفِض القلق والخوف لديهم، كإحكام الإمساك بالكأس اعتقاداً منه أنه يمنع القلق والانزعاج الذى قد ينتج من سكب محتوياتها. ولكن على العكس تماماً، فهو يؤثر عليهم بالسلب حيث يزيد من احتمالية سكب محتويات الكأس، والأفراد الذى يعمدون إلى السلوكيات الآمنة

مرجعهم في ذلك معتقداتهم، وأفكارهم اللاعقلانية الخاطئة، وهذه السلوكيات تقودهم إلى أفعال غير ملائمة أو غير مناسبة.
(Salkovskis, 1991: 7 -8)

وقد فحص **سالكوفسكي وآخرون(١٩٩٩)** أثر استخدام السلوكيات الآمنة على خفض حدة القلق والرعب الناتج من العلاج بالتعريض لأفراد المصابين بفوبيا الخلاء، فوجدوا أنه عند إرشادهم إلى التخلى عن الخبرات القديمة الخاطئة، وعدم استخدام السلوكيات الآمنة، الأمر الذي أسهم بدرجة كبيرة في التقليل من معتقداتهم وأفكارهم الخاطئة التى تسبب لهم القلق والرعب، مع إيضاح الأساس المنطقي للعلاج القائم على التعود خلال جلسات التعريض. **(Salkovskis, et al., 1999: 565)**

كما وُجِد أن الأفراد الذين يستخدمون تلك السلوكيات في حالة فوبيا الأماكن المغلقة، كفتح الشباك مثلاً، أو الوقوف قريباً من المخرج **(Exit)**، أو من الباب المفتوح أظهروا خوفاً أكبر وبشكل ملحوظ أثناء العلاج بالتعريض، مقارنة بالأفراد الذين تم إرشادهم إلى عدم استخدام هذه السلوكيات أثناء العلاج **(Sloan & Telch, 2003: 246)**.

ويشير **كيم Kim** **(٢٠٠٥)** إلى أن العلاج بالتعريض القائم على الأساس المنطقى للتعود أو الوجود في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية، أظهر تحسناً ملحوظاً في التخفيف من الخوف، وذلك عندما تخلى عن تلك السلوكيات، كمراقبة حركة العين، والتركيز الدقيق على الحوار من جانب الطرف الآخر خلال جلسات العلاج **(Kim, 2005: 84)**.

وقد اتفق كل من **بوتشرد وآخرون (١٩٩٦)Bouchard, et al.**، **وديكون وأبراموتيز Deacon & Abramowitz (٢٠٠٤)** على فاعلية

العلاج بالتعريض القائم على التدخلات المعرفية في خلق تغير معرفى لدى الأفراد ذوي الفوبيا الاجتماعية، وهذا التغير يحدث كنتيجة لتغيير الأفكار الأتوماتيكية السالبة، والمعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالسلوكيات الآمنة، التى يعتقد الفرد من خلالها أنها تساعده على الإحساس بالأمان والطمأنينة والتخلص من التوتر الناشئ عن المواقف الاجتماعية المختلفة. فعلى النقيض تماماً، فهي تعمل على زيادة توتره وخوفه وتزيد من تجنبه للموقف المرهوب لا مواجهته، لذلك كان لزاماً علينا في العلاج خفض تلك السلوكيات من خلال تغيير البنية المعرفية للفرد أثناء الجلسات.

(Bouchard, et al., 1996:220)& (Deacon & Abramowitz, 2004: 435)

ويمكن التغلب على السلوكيات الآمنة أثناء جلسات التعريض، من خلال تدريب الأفراد على الاسترخاء الذي يزيد من قدرتهم على التحكم في ذاتهم، مما يعمل على التخفيف من حدة التوتر الناجم من توقع النتائج الكارثية لتصرفاتهم، وبالتالي يجعلهم يسلكون ويتفاعلون مع هذه المواقف بإيجابية كبيرة، بدلاً من تجنبهم للمواقف المرهوبة .

(Craske & Barlow, 2001: 9)

وتؤثر السلوكيات الآمنة بالسلب على اضطرابات القلق أثناء العلاج بالتعريض، حيث إن القلق يقوّى ويعزّز بواسطة سلوك التجنب ، استناداً إلى نظرية العاملين **لـ مورار Mowrer (١٩٣٩)، (١٩٦٠)**. ومن هنا جاءت الفكرة القائمة على أن السلوكيات الآمنة تزيد من الخوف والقلق، لا تقلله كما يعتقد معظم الأفراد **(Thwaites & Freeston, 2005: 3).**

ووجد **بورز وآخرون(Powers, et al. ,٢٠٠٤:460)** أنه من الممكن أن يكون لسلوكيات الأمان أثر إيجابى خلال العلاج بالتعريض، حيث

قد يستخدم سلوك التجنب في العلاج بالتعريض للتقليل والتخفيف من القلق والرعب الشديد أثناء مواجهة المواقف المخيفة، حيث يساعد سلوك الأمان في إحداث تغيير معرفى تكيفى لدى الأفراد الذى يعانون من اضطرابات القلق، مستنداً في ذلك إلى **رتشمان Rachman** (١٩٨٣)، في نظرية الإشارات الآمنة المتعلقة بنموذج التعريض الخاص به الذى اعُتبر تكملة لنموذج **مورار Mowrer** في تفسير الخوف. وتشير الباحثة إلى أنها ستتناول هذه الافتراضية بشيء من التفصيل في الفصل الرابع من الدراسة الحالية، في الجزء الخاص بفنيات العلاج بالتعريض.

٣- الارتباط الانفعالى Emotional engagement :

يعد مستوى الارتباط الانفعالى من أهم العوامل التي تؤثر على العلاج بالتعريض، حيث تلعب العلاقات البينشخصية دوراً مُهِمًّا فى جلسات التعريض بالشكل الذي يزيد من فاعليته، حيث تم علاج الأفراد الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية فى إثنتى عشرة جلسة، عندما كان مستوى الارتباط الانفعالي مرتفعاً والمتمثل في العلاقة الودية بين العميل والمعالج، الأمر الذي يُسرع من العلاج، طبقاً لنظرية العملية الانفعالية لـــ **فوا وكوذاك** (١٩٨٦). **(Coles & Heimberg, 2000:420)**

سابعاً: أشكال العلاج بالتعريض :

ويشير **كيلّ وآخرون .Chaill, et al** **(2006, 598)** أن العلاج بالتعريض يتم تطبيقه في عدة أشكال منها :

١-التعريض التخيلي. Image Exposure

٢-التعريض الواقعي. Vivo Exposure

٣-التعريض للواقع الافتراضي. Virual Reality Exposure

وبيان ذلك فيما يلي:

أ - **التعريض التخيلي Image Exposure:**

التعريض التخيلي هو إعادة الحياة للحدث المؤلم في ذهن الفرد، حيث يتم توجيهه لتخيل الأحداث الماضية بشكل حيوي ونشط، وأن يستعيد ذكرياته الأليمة المرتبطة بالموقف على أن يتذكر كل التفاصيل، وأن يستدعي جميع أفكاره وعواطفه ومشاعره الخاصة به.

(Hembree, et al., 2003: 556) .

ويبدأ المعالج بتنشيط ذاكرة الفرد عن الحدث أو الموقف المرهوب، حيث يطلب منه استدعاء جميع الأفكار والمعارف المتعلقة بهذا الموقف عن إرشاده إلى الاسترخاء، ويقضى في ذلك حوالي ١٥ – ٢٠ دقيقة يناقش خلالها خبراته السابقة مع التركيز على المعلومات الجديدة، أو الاستبصار الذي يجب أن يكتسبه الفرد من خلال التدريب المتكرر أثناء الجلسات.

(Cahill, et al., 2006: 598)

وقد اتفق كل من **فوا وروثبوم Foa & Rothbaum (١٩٩٨)** **وماركس وآخرون Marks, etal (١٩٩٨)** على أن الخمس جلسات الأولى من العلاج بالتعريض تشتمل العلاج بالتعريض التخيلي على أن يعقبها واجب منزلي، بينما تشغل جلسات التعريض الواقعي الخمس جلسات الأخيرة من العلاج وكذلك على أن يعقبها واجب منزلي، ويستخدم المعالج طريقة التعريض المطّول كلما تطلب الأمر ذلك، فى جلسات التعريض التخيلي والتعريض الواقعي.

(Foa & Rothbaum, 1998:110)& (Marks, et al., 1998:320) .

ويُقصد بالتعريض التخيلي هو تقديم المواقف أو المثيرات المرهوبة للفرد أو تمثيلها مستخدماً عملية التخيل، ويتطلب ذلك من الفرد أن يكون

قادراً على تكوين المشاهد الخيالية، ومدركاً لمفاتيح المثيرات التى تصنع هذه المشاهد، التى تشعره بأنه محلٌ للنقد، أو التدقيق من جانب الآخرين، أو التعرض للتقييم السالب من جانبهم، وهذا ما يسمى بلُبّ الخوف "أساس الخوف" " ***"Core fear***"، فإذا ما تمكن الفرد من أن يلمس ويعرف أسباب خوفه الجذرية؛ تمكن من التخلص منه. فعندما يُطلب من فرد لديه فوبيا التحدث أمام الآخرين أن يستعيد مشهد إلقاء كلمة أمام الجمهور شريطة أن يستحضر كل ما يشعر به في تلك اللحظة بما فيها جميع الأعراض الفسيولوجية، التي كان يخاف أن يراه الآخرون عليها الأمر الذي يساعده على أن يتخلى عن خوفه.

والهدف الرئيسي للتعريض التخيلي هو غمر الفرد في البيئة المثيرة لخوفه على مستوى الخيال، فلابد من التأكد من اتصاله بلب الخوف أو مفاتيحه المسببة له والإشارة إلى حدوثه بالفعل، بدلاً من تركيز الفرد على كونه ذي مستوى عالٍ من الإثارة أم لا.

ويؤكد **بيدل وترنر Beidel & Turner** (۲۰۰۷) أنه على المعالج أن يلمس بذرة الخوف لدى الفرد في جميع السيناريوهات التى يستحضرها، من أجل الوقوف على أسباب الخوف والقلق ومن ثم محاولة التخفيف منه. ويؤكدا أيضاً على ضرورة شمول كل المتغيرات التى لها علاقة بالموضوع في المشهد الخيالي- وهذا طبقاً لــ **لانج Lang** (۱۹٦۸)-، هذا يعنى أن المشهد يجب أن يسمح للفرد أن يكتسب خبرة جديدة في المكونات الفسيولوجية والمعرفية المرتبطة بمخاوفه. ويشيرا أيضا إلى أن التعريض يكون فعّالاً عندما ينجح في جذب الفرد إلى مشهد خيالي يُعدّ بمثابة أساس بل جوهر الخوف لديه. ويُرجِعا الفشل في ذلك إلى حدوث التعود ولكن بشكلٍ

غير كامل والذى بدوره ينتج عنه الأثر السلبي للخوف المتمثل في استجابة التجنب- طبقاً لــ **رتشمان Rachman** (١٩٨٧).
(Beidel & Turner, 2007:226 – 227)

ومن العرض السابق، يمكن القول أن المادة التى يستند عليها التعريض التخيلى هي لب الخوف (بذرة الخوف). والتي تتمثل في قدرة الفرد في إظهار علامات خوفه أمام الآخرين، فمن المفترض تضمين جميع المفاتيح الفسيولوجية والمعرفية للخوف لدى الفرد في المشهد الخيالي .

تنفيذ التعريض التخيلي:

يتطلب هذا الشكل من التعريض أن يظل الفرد على اتصال بالمثيرات التى تثير لديه الرهبة والخوف، وذلك من أجل حدوث التعود، حيث يطالب الفرد بأن يتخيل المشاهد على أساس قاعدة مطّولة، حيث إنه إذا انتهت الجلسة قبل أوانها؛ فإنه من المتوقع زيادة القلق لديه بدلاً من نقصانه، ولكن من خلال تكرار الجلسات يقل الوقت المطلوب لحدوث التعود.

وهناك بعض الاعتبارات الواجب مراعاتها عند تنفيذ التعريض التخيلي:

١- يجب عند تنفيذ التعريض التخيلي أن تكون الجلسة في حجرة هادئة، مع وجود ضوء خافت، كما يجب التأكد من عدم وجود أي مشتتات للانتباه، التي قد تتداخل مع قدرة الفرد على تخيل مشهد الخوف، وأن يكون الصوت منخفضاً.

٢- ينبغي أن تكون جلسات التعريض التخيلي متقاربة في الوقت، لكي يحدث التعود، على أن تكون بصورة فردية، وتكون بمعدل جلستين في الأسبوع.

٣- من خلال الجلسات قد تظهر مثيرات جديدة، والتى لا يستطيع الفرد التعرف عليها إلا بعد تدخل المعالج، وقد تكون المثيرات مواقف إضافية، أو أشخاصاً آخرين، أو مجموعة من الأنشطة والمهام التى تسبب له الخوف، والرغبة الشديدة في العزلة وتجنب معظم المواقف المختلفة، وتظهر هذه المثيرات بوضوح خلال جلسات التعريض المبكرة، فلابد من دمج هذه المثيرات في جلسات التعريض اللاحقة.

٤- أما عن تقديم المشاهد في التعريض التخيلي، فإنه من الممكن أن يقدم مشهداً واحداً فقط، بدلاً من تقديم عدة مشاهد بمعنى أنه إذا عرف المعالج طبيعة وهوية الخوف وجوهره لدى الفرد، استطاع أن يكتفي بمشهد واحد في التعريض، فضلاً عن تكدس المشاهد التى قد تجلب القلق والانزعاج له. فمثلاً، عندما يطلب من الفرد الذي يخاف من التحدث أمام الناس إلقاء كلمة عليهم، يُستَغنى بذلك أن يُطَلب منه الأكل في مكان عام، أو الدخول في حوارات ومناقشات مع مجموعة أخرى، لأن لب الخوف لديه وجوهره واحدٌ في كل هذه المشاهد، ولو استدعى الأمر تقديم العديد من المشاهد، فإنه من المفترض أن تقدم بشكل تدريجي بحيث لا تستثير حساسية الفرد وانزعاجه.

٥- لابد أن يكون الفرد قادراً على عملية التخيل، ومعظم الأفراد لديهم القدرة على التخيل ولكنهم يجدون صعوبة في تخيل المادة الخام للخوف، وهذا يُعدّ مشكلة في حد ذاتها. وللتغلب على ذلك، يسعى المعالج لتدريب الأفراد على تخيل المواقف المألوفة بالنسبة لهم أولاً، وليست التي لها علاقة بالقلق الذي لديهم. فمثلاً، يطلب من الفرد أن يتخيل رقم" ٥" ويرمز له باللون الأحمر، وأن يضعه بشكل مائل على المنضدة في غرفة المعيشة، ويطلب منه أن يصف بالتفصيل غرفة المعيشة الخاصة

به. أما الأفراد الذين لا يستفيدون من هذا التدريب؛ يكون التعريض الواقعي هو السبيل الأفضل للعلاج.

٦- عندما يطلب المعالج من الفرد أن يتخيل نفسه جالساً على طاولة لتناول الطعام، فإنه لا يستطيع أن يحدد إذا ما كانت الطاولة مستديرة أو مربعة فإن هذه التفاصيل لا داعي لها، لأنها تجعل الفرد ينحرف بتفكيره عن معرفة لب الخوف لديه من أجل محاولة علاجه.

٧- عند نهاية كل جلسة، يطلب المعالج من الفرد الاسترخاء لخفض القلق والتوتر لديه .

(Beidel & Turner, 2007:227 – 228)

المشكلات التى تواجه تنفيذ التعريض التخيلي:

❖ **المشكلة الأولى:** عدم القدرة على استخدام التصوير الذى يستخدم تحت بند اختيار نوع التعريض، من أجل الوقوف على بذرة الخوف أو ما يسمى بـــ" لُبّ الخوف".

❖ **المشكلة الثانية:** بعض الأفراد قد يدخلون فى مناقشات وحوارات لتجنب الصورة الأصلية للمشهد، لأنه يعيش طيلة حياته وهو متجنب هذه المثيرات، بينما يُطلَب منه الآن مواجهة هذه المثيرات وإن كان على مستوى الخيال، مما يسبب له الكثير من الانزعاج والتوتر.

ومن خلال العرض السابق، يتضح أن معرفة هوية الخوف أو لبّه هو العامل الحاسم في نجاح التدخل العلاجي القائم على التعريض، وأن المشهد الخيالي ما هو إلا وسيلة فقط للوصول إلى هوية لبّ الخوف، حيث أن الأفراد الذين يعانون من قلق التحدث أمام الناس؛ يتمثل لبّ الخوف لديهم في ظَنّهم بأنهم سيكونون موضعاً للسخرية، أو التهكم، أو النقد السالب من

جانبهم، فضلاً عن أنهم دائمو الخوف والرهبة من أن يرتكبوا خطأ، وأن الآخرين سوف ينزعجون منهم، وتعزو هذه الرهبة إلى نقص في مهارات الذكاء الاجتماعي لديهم وشعورهم بعدم الكفاية الاجتماعية، وشعورهم بأنهم لا يستحقون المناصب التى يتقلدونها.

(Beidel & Turner, 2007: 229)

ب- التعريض الواقعي: Vivo Expoure

في هذا النوع من العلاج يتم تعريض الفرد للموقف المخيف بشكل حقيقي في الحياة الواقعية على أن يتم التعريض بشكل تدريجي باستخدام مدرج الخوف، ولكن الصعوبة هنا التى تواجهنا هي أن نكون غير قادرين على خلق هذه المثيرات في الحياة الواقعية ، حيث أن الفرد يمنعه خوفه من البقاء في الموقف المرهوب لفترة طويلة من الوقت، فمن الممكن للمعالج استخدام إستراتيجية بديلة وهى التعريض التخيلي، حيث لا توجد قاعدة عريضة توجه لاختيار التعريض التخيلي أو التعريض الواقعي ، فالهدف الأساسي من العلاج هو جذب وتعريض الفرد بدقة للمثيرات المختلفة لتعرف على لبّ خوفه وجوهره، (أي الأسباب الرئيسية التى نتج عنها استجابات الخوف، وسلوكيات التجنب).

وقد لُوحظ أن التعريض التخيلي مرغوب فيه من قبل الكثير من مرضى القلق الاجتماعي، وأما في الحالات التى تعمل فيها المزج بين التعريض التخيلي والتعريض الواقعي، فتبدأ معظم جلسات العلاج بالتعريض التخيلي الذى يعتمد بشكل كبير على عملية التصوير واستدعاء المشاهد، التي نتوصل من خلالها إلى سبب الخوف أو لب الخوف الذى يساعد بشكل كبير في التعريض الحي.

ويكون التعريض الواقعي هو السبيل الأفضل في العلاج عندما يكون لبعض الأفراد الذين لديهم نماذج صلبة في التفكير، حيث يجد من صعوبة كبيرة في تخيل مشاهد بعينها وغالباً ما يكونوا مدركين لتفاصيل تلك المشاهد، علاوة على أنهم يقضون أوقات كبيرة في تخيل هذه المشاهد، حيث يقضون أوقات لا يمكن تخيلها بشكل غير عادي. فيصعب علينا التأكد من أن كل التفاصيل صحيحة، فمن هنا تكون استراتيجية التعريض الواقعي هي البديل المناسب للعلاج.

(Beidel & Turner, 2007:235)

وهناك بعض الإعتبارات الواجب مراعاتها عند تنفيذ التعريض الواقعي:

١- يجب التأكد من أن المواقف المخيفة قابلة للقياس في الحياة الطبيعية، ومن توافر الأفراد العاديين لاتمام عملية التعريض الواقعي للمواقف المرهوبة. ففي حالة الخوف من مواجهة رموز السلطة لابد من إدخال بعض التفاعلات الاجتماعية بين الأفراد، فمن الممكن الاستعانة في ذلك ببعض الإشارات الآمنة مثل الأصدقاء، أو أي شخص هام في حياته.

٢- يتطلب من المعالج عند بناء مواقف التعريض الواقعي بناءُها بصورة أكثر ابداعية وابتكارية، فمن الممكن استخدم فنية لعب الدور التي تسمح بإظهار المواقف التراكمية غير المتاحة بشكل طبيعي في سياق اجتماعي مناسب، وواضح .

٣- على المعالج أيضاً أن يعطي للفرد بعض الواجبات المنزلية ويطلب منه تنفيذها في البيئة الطبيعية، وتعد هذه الواجبات هامة في مساعدة انتقال آثار العلاج من داخل العيادة إلى البيئة الطبيعية المحيطة به، والتى تقع تحت مبدأ التعميم أو انتقال أثر التعلم.

٤- تكمن فاعلية التعريض الواقعي في درجتة كثافته أوشدته ، وتتمثل في مدة بقاء الفرد لفترة كافية من الوقت في الموقف المرهوب، وهذا يتطلب التدرج في التعريض من أجل ضمان التحكم في مستوى القلق لدى الأفراد. ويعرف هذا التدرج بالتحصين التدريجي الذي يُعد العملية التي تتم بشكل نظامي ومثالي حيث يتم تقديم نسب صغيرة من المثير المرهوب خطوة بخطوة في وقت محدد بمعنى أن يكون على مراحل محددة، على أن يتم تكرارها بشكل مزدوج عبر عدد من الجلسات باستخدام مثيرات إضافية، ويكون هذا التقدم رويداً رويداً وبشكل مطرد وهذه الازواج المتكررة ضرورة لزيادة فاعلية العلاج بالتعريض الواقعي.

٥- إنشاء مدرج الخوف وهو أشبه ما يكون بالسلم، حيث يتم وضعه كهيكل يمثل مخاوف الفرد، حيث تمثل المواقف الأقل إثارةً للخوف لديهم الدرجات السفلى من السلم، بينما تمثل المواقف الأعلى إثارةً للخوف لديهم الدرجات العليا من السلم، ويتم بناء السلم على أساس مادة الخوف (لبّ الخوف) التى تُوصل إليها من خلال التعريض التخيلي .

ويتم تصميم مدرج الخوف عن طريق كتابة المواقف التى تسبب الخوف لدى الفرد في صورة بطاقات فردية، ثم توضع في ملف ومن خلال قياس معدل الحزن والآسى الناجم عن الخوف، ومقياس القلق "لبيك" تُرتب هذه الوحدات، ولمعرفة معدلات الخوف الأكثر شيوعاً عن غيرها تمهيداً لعمل ما يسمى بترمومتر الخوف ***(Fear thermometer)***

وممن الممكن أن يشتمل الموقف الواحد على أكثر من احتمال للخوف فمثلاً ، موقف الخوف من التحدث العام أمام الآخرين، يحمل في

طياته ما إذا كان التحدث أمام أشخاص بالغين، أو أمام بعض الأصدقاء، أو أحد رموز السلطة؛ هذا يعنى أنه موقف واحد شمل ثلاث تدرجات فرعية فقد يكون أحدهم هو الأكثر إثارة للقلق من الآخر، ولذلك لابد من الأخذ في الإعتبار أن يتم تنفيذ مدرج التعريض بشكل يجعل كل جلسة تشتمل على موضوع واحد من مدرج الخوف، ثم يعطى الفرد بعدها واجب منزلي لتنفيذه بعد الجلسة بمعدل جلستين في الأسبوع، وفى نهاية كل أسبوع يتم قياس درجة الخوف لديه. ومن خلال الجلسات يحدد خط القاعدة الذي يمثل بداية الخوف لدى الفرد ويقاس مدى التحسن والتقدم في العلاج، وهذا في نهاية كل جلسة يعطى المريض بعض الواجبات المنزلية، حيث يطلب من الفرد الذي يجد صعوبة في تحية الغرباء أن يجيب على الهاتف وهو في المنزل ، أو أن يُطلَب منه الذهاب إلى أحد المولات لشراء شيء ما.

ولضمان نجاح التدخل العلاجي، يجب على المعالج عدم فرض أى نوع من الترتيب على مدرج الخوف للفرد، بمعنى إلا يحمل ترتيب أنواع أو درجات أو فئات الخوف للمعالج أي معنى، بل هو أمر خاص بالفرد وحده.
(Beidel & Turner, 2007:236 – 238)

وهناك بعض الخطوات الواجب مراعاتها عند إعداد هرم التعريض:

- ❖ يحدد المعالج من خلال المعلومات التى يحصل عليها من الفرد مواقف إنتاج القلق بالنسبة له، ويعمل على تدرتيبها وفقاً لقوة تأثيرها عليه.
- ❖ يتم تقديم مادة للخوف أو مادتين في كل جلسة (أوعلى الأقل تخصيصها كواجب منزلي)، ويُنصح الفرد على الثقة بالنفس لإنجاز المهام المطلوبة منه بنجاح، كما أنه لا يستطيع التقدم في سلم

التعريض إلا بعد انجاز المهام المطلوبة منه في أول السلم بنجاح وفعالية.

- ❖ ينبغي تخصيص مجموعة من البنود لمناقشتها والتدريب عليها على محيط واسع، كإلزمات الواجب المنزلي، وهي تعد بمثابة تطبيقات في الحياة الواقعية من أجل التأكيد على انتقال أثر التعلم والتدريب.
- ❖ لابد في جلسات التعريض أن يكون هناك نوع من الإثابة، أو التعزيز الايجابي، وذلك لضمان ثبات الاستجابة الجديدة المرغوب فيها، وتدّعيمها.

وهناك بعض الصعوبات التى تواجهنا عند إعداد مدرج الخوف:

- ❖ عند عمل التدرج للمواقف المرهوبة من الأقل إثارة إلى الأكثر إثارة للقلق ، لوحظ أن "أ" يمثل الدرجة الأولى من السلم والتى تشير إلى مستوى منخفض من القلق ، ثم يليه "ب" الدرجة التي تليها في السلم والتى تشير مستوى أكبر من الإثارة، هذا يعنى أن هناك درجات مفقودة بين "أ"، و "ب"، لذلك يتطلب علينا إنشاء أنواع إضافية لملء فراغات السلم.
- ❖ قد يخرج وينبثق عن عقد الخوف الموجودة على السلم مجموعة من المواقف التى يكون خوف الفرد فيها محدوداً، لذلك كان لزاماً علينا مساعدته على التعرف على مفاتيح خوفه من خلال تعريف هوية المواقف التي تمثل له الضغط، والتى تمثل أعلى درجات سلم المدرج. ولكن وجد أن أصعب أنواع المواقف هي تلك التى تقع في الوسط حيث يوجد صعوبة في تعريف هويتها، فهي تحتاج إلى حنكة المعالج لمعرفة الأنواع التى تملأ وسط المدرج.

❖ وثمة موضوعاً هاماً في هذا النوع من العلاج هو أن فاعليته تكمن في إرادة الفرد ذاته ورغبته في العلاج، ومدى استجابته الفاعلة في تنفيذ المهام والواجبات المطلوبة منه. فهناك بعض التحديات والصعوبات التى قد تواجهه مثل انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي له، وقلة الموارد الاقتصادية التى قد تجعله غير قادراً على إتمام تنفيذ المهام المطلوبة منه. علاوة على ذلك، المثبطات التى قد تواجهه من قبل الآخرين المحيطين به كوالدين والأخوة لذلك يتحتم علينا إرشاد الوالدين والأخوة والأصدقاء ،على حتمية مساعدة الفرد وتقديم يد العون له حتى يجتاز مرحلة العلاج بنجاح.

(Beidel & Turner, 2007:276 – 279).

ج- التعريض للواقع الافتراضي:Virual Reality Expoure

يُعد التعريض للواقع الافتراض أحد أشكال العلاج بالتعريض، فالواقع الافتراضي هو نموذج للتفاعل بين الإنسان والكمبيوتر، وفي هذا النوع من العلاج لا يعد العملاء المستخدمون فقط ملاحظين للتصويرات والإيضاحات على شاشة الكمبيوتر، ولكن مشاركين فعالين يصبحون في عالم افتراضي ثلاثي الأبعاد. والواقع الافتراضي يسمح بعرض الموضوعات الافتراضية لكل الأحاسيس الإنسانية بأسلوب مطابق لتفاعلهم في بيئتهم الطبيعية. كما يتيح الواقع الافتراضي أيضاً العديد من الأدوات والأساليب التى تستخدم في فهم الاستجابات الانفعالية والحالة النفسية للإنسان.

ويحتل هذا الشكل من التعريض أحد أشكال العلاج بالتعريض، الذي يقوم على تعريض الفرد لبيئة افتراضية مماثلة ومشابه للبيئة الطبيعية أو الواقعية التي تواجه الفرد، والواقع الافتراضي" ما هو إلا تكنولوجيا تسمح للمستخدم بالتفاعل مع بيئة مماثلة بالكمبيوتر، والتي يعد أداة قوية وفعالة في العلاج

المستقبلي للفوبيات، الذي يتم فيه إدخال الفرد ذو الفوبيا إلى بيئة افتراضية تحتوى على المثيرات المخيفة بدلاً من وضعه في بيئة واقعية أو تخيل تلك المثيرات **(Inan, 2008,17)**.

ويعرف الواقع الافتراضي "على أنه دمج وتكامل كل من رسومات الكمبيوتر الخاصة بالزمن الواقعي وأجزاء تعقب البدن، والعروض البصرية، وأجزاء المخرجات الحسية الأخرى وذلك لغمر المريض في بيئة افتراضية مصممة بواسطة الكمبيوتر".

ويشير **كلينجر وآخرون (Klinger, et al., 2006:9 – 10)** إلى أن أنواع الواقع الافتراضي تتخلص في نوعين **الأول** منها : الواقع الافتراضي الغمري *Immersive VR* " الذى يقوم على غمر المريض غمراً كلياً في البيئة الافتراضية حيث يجعله يشعر بالحاضر في العالم المصمم بالكمبيوتر، فهو يدرك البيئة الافتراضية على أنها واقع، لأن عينه وأُذُنه تمنع عن العالم الخارجي".

أما **النوع الثاني:** فهو الواقع الافتراضي غير الغمري *Non Immersive VR* "ويتم فيه عرض واقع افتراضي ذي ثلاثة أبعاد على سطح المكتب بالنسبة للكمبيوتر أمام المستخدم، ولذلك فهو يعرف بالواقع الافتراضي القائم على سطح المكتب، والفرد هنا لا يتم غمره بصورة كاملة في البيئة الافتراضية، حيث يمكنه أن يختار ويتحرك خلال العالم باستخدام الفأرة، أو عصا التحكم، أو لوحة المفاتيح، لذلك لا يشعر الفرد بالتضمين العميق في البيئة الافتراضية".

ويشير **كلينجر وآخرون** أيضاً التى أن للواقع الافتراضي غير الغمري أنماط متعددة :

❖ **الواقع المتزايد *Augmentated Reality*:** ويقصد به "أنه نظام يتكون من العالم الواقعي، والبيئات المصممة بالكمبيوتر، وتلاحظ الحالة أن البيئة بالواقع الافتراضي وعناصر العالم الواقعي متكاملان، حيث يكمل الواقع الافتراضي المتزايد الواقع أكثر من استبداله بصورة كاملة، فهذا يعد بمثابة نظام مركب من الواقعي والافتراضي.

❖ **الواقع الاصطناعي *Artificial Reality*:** ويقصد به أن يدرك الأفعال الإنسانية بمصطلحات علاقة البدن بالعالم المماثل، وهو بذلك يصمم المشاهد، والأصوات، والأحاسيس الأخرى التي تصنع خداع المشاركة في هذا العالم المقنع.

❖ **الواقع الافتراضي الخاصة بحوض التصيد *Fishtan & VR*:** ويقصد به "النسق الكامل على الشاشة، ويدوره لاستعراضه من جوانب تصورية مختلفة، ويستخدم وقت الاستجابة والوضوح لقياس الأداء.

❖ **الواقع المماثل *Simulated Reality*:** ويقصد به "أسلوب يركب بين المماثلة العملية / الفنية وفنيات لتحسين الرؤية الحديثة وطرق التفاعل، وهذا النوع من الواقع الذي يتم مماثلته للدرجة التي لا يتم فيها تمييز عالم المماثلة بالكمبيوتر عن العالم الواقعي، على العكس من الأنواع الأخرى من الواقع الافتراضي غير الغمرى، فهو من المستحيل أن يتم تمييزه عن الواقع الصحيح أو الحقيقي".

وأوضح **برينكمان وآخرون (Brinkman, et al., 2008)** أن للعلاج بالتعريض للواقع الافتراضي مجموعة من المميزات وهي :

- فعالية الوقف فهو يوفر المزيد من الوقف حيث أن إعداد سيناريوهات واقعية يتطلب وفقاً طويلاً.
- التنوع فهو يتيح الفرصة للفرد أن يختار البيئة الافتراضية الملائمة والمناسبة بالنسبة له.
- الضبط الشديد فهو يساعد المعالج على الضبط الكامل للخبرة التى تتعلق بالفوبيا لدى الفرد.
- الآمان الشديد فهو يعطي الفرصة للمعالج من أن يضبط استجابات المريض بشكل يجعله يتمكن من التوقف عن العلاج، حتى يصل إلى درجة عالية من الآمان.
- التشويق وإثارة دافعية الفرد للعلاج، حيث يتطلب هذا النوع من العلاج وقتاً أقل لاستثارة الأفراد للعلاج.
- غير مكلف حيث تعد تكاليفه أقل من تكاليف إعداد أو تجهيز مواقف واقعية حقيقية من أجل العلاج بالتعريض.
- التكرار حيث يتيح فرصة كبيرة للفرد أن يكرر الموقف أكثر من مرة، حتى يصبح الفرد قادراً على مواجهة خوفه أكثر من مرة على فترات مختلفة، مما يُسمح من خلال التعريضات المتكررة من عمل التعديل في البينة المعرفية للخوف لديه، فيتماثل بالشفاء.
- التدرج حيث يتيح الواقع الافتراضي التدرج في المواجهة، حيث يسمح للفرد من أن يواجه خوفه على خطوات محددة، بدءاً من الموقف الأقل إثارة للخوف إلى الأعلى إثارة.
- الإطالة يمكن للفرد من أن يظل فترة طويلة في الموقف المرهوب حتى ينخفض قلقه وخوفه، حيث يحدث ما يسمى بالتعود أو الألفة بينه وبين الموقف المرهوب.

ونتيجة لجوانب القوة هذه في هذا العلاج، فإن المعالجين يهتمون بالبيئات الافتراضية ولا يترددون في توضيح استخدامه في العلاج النفسي، وهناك ثلاثة جوانب هامة لنظم الواقع الافتراضي تُتيح إمكانيات جديدة للتقييم والعلاج: مراقبة الحركات أو الأفعال من أى جزء في الجسم أو من العديد من أجزاء الجسم في نفس الوقت، ومعالجة هذه الأفعال والإشارات، وترجمة التغذية الراجعة والتحفيزات إلى أحاسيس بديلة للعملاء المستخدمين ذوى الإعاقات الحسية، ووضع الأفراد في بيئات على عكس البيئات التى تمثل خطراً، أو المتعذر الحصول عليها أو الوجود فيها، أو التى سوف تنتج ضغطاً شديداً للعلاج الفعال. وفكرة استخدام تكنولوجيا الواقع الافتراضي لعلاج الاضطرابات النفسية أول ما ظهرت في جامعة أتلانتا كلارك عام ۱۹۹۲. ومنذ ذلك الحين تم إجراء العديد من التجارب الناجحة خاصة في علاج الفوبيات النوعية.

ولقد حدد **كلنيجر وآخرون (٢٠٠٦)** مجموعة من التعريفات والأوصاف الهامة لهذا العلاج ولتصميم البيئات الافتراضية على النحو التالي:

- ❖ إن خبرة الشخص بالموقف في البيئة الافتراضية من الممكن أن يستحضر نفس ردود الأفعال ونفس الانفعالات كخبرة للموقف في العالم الواقعي المشابة.
- ❖ إن الشخص من الممكن أن يخبر الإحساس بالوجود الافتراضي المشابه للعالم الواقعي حتى عندما لا تكون البيئات الافتراضية مضبوطة ومحكمة أو عندما تقدم بصورة كاملة مواقف العالم الواقعي.
- ❖ كل شخص يستدعي خلفيته الفكرية والثقافية داخل خبرة الواقع الافتراضي.

- ❖ إن الخبرة بالبيئة الافتراضية تزيد إحساس المشارك بالوجود الافتراضي.
- ❖ إن الإحساس بالوجود في البيئات الافتراضية والمادية إحساس ثابت ومستمر، وتتضمن الموضوعات الإقلاع عن الإحساس بالوجود في بيئة ما (مثل البيئة المادية) لتحقيق إحساس أقوى بالوجود في بيئة أخرى (مثل البيئة الافتراضية).
- ❖ إن التركيز على الموضوع يتزايد بصورة دالة في العالم الافتراضي مقارنة بالعالم المادي، وذلك عندما يتضمن الموضوع تفاعلاً كافياً لتنمية إحساس قوى بالوجود الافتراضي.
- ❖ إن إدراكات الشخص لمواقف العالم الواقعي والسلوك في العالم الواقعي من الممكن أن يتم تعديلها بناء على خبراته داخل العالم الافتراضي.

وبالرغم من ذلك يجب ألا يتم إهمال العديد من المخاطر المرتبطة بتكنولوجيا الواقع الافتراضي، ومن هؤلاء الذين قد يتعرضون لمخاطر خاصة بالأضرار النفسية هؤلاء ذو المشكلات الطبية الخطيرة، كالذين يعانون من أمراض القلب، أو الصرع، لكن العديد من الدراسات أوضحت أن التعرض للواقع الافتراضي من الممكن أن يكون فعالاً مع الأجهزة والبرامج الرخيصة الموجودة في السوق **(Klinger, et al., 2006: 9-11)**.

ومما سبق يتضح فاعلية التعريض للواقع الافتراضي كشكل من أشكال العلاج بالتعريض، والذي تستند إليه الباحثة في برنامجها، لما له من مزايا كثيرة، وتشير الباحثة أيضاً أنها استخدمت الواقع الافتراضي غير الغمري الذي يكون على سطح المكتب بنوعيها الأول: الواقع الافتراضي المتزايد، والذي عمد إلى عمل التكامل بين البيئة الافتراضية والبيئة الواقعية

الحقيقية، وهو يُعدّ نظام مركب من الواقعي والافتراضي، حيث لا يغمر المريض غمراً كلياً في هذا الواقع الافتراضي، بل يصبح من السهل التمييز بينه وبين البيئة الحقيقية، وقد استعانت الباحثة في ذلك بمجموعة من المشاهد التصورية لمواقف حقيقية حياتية، وتم ادخالها إلى الكمبيوتر مع إجازة فرصة أكبر في التحكم في هذه المواقف عن طريق استخدام الفأرة أو لوحة المفاتيح.

بينما تمثل النوع الثاني في العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي غير الغمري الخاص بحوض التصيد، حيث صممت الباحثة مواقف اجتماعية حياتية على شاشة الكمبيوتر، وتم استعراضها بجوانب مختلفة، وإتاحة الفرصة للمريض في التحرك بحرية بداخلها، مستخدمةً في ذلك الوقت لقييم الأداء.

وقد أضاف **كيرني Kearney (٢٠٠٥)** أشكال أخرى للعلاج بالتعريض، حيث يتم اختيار نوع التعريض طبقاً لعمر الفرد ومستوى القلق والخوف لديه، وتحدد أيضاً ما إذا كان تُستخدم مستقلة، أو مجتمعة معاً للتغلب على هذا القلق، ومن هذه الأشكال :

- التعريض المتباعد.
- التعريض المكثف أو الغمر.
- التعريض التعاونى.
- التعريض الذاتي المستقل.
- التعريض الباطني.
- التعريض الفردي في مقابل التعريض الجماعي.

وبيان ذلك فيما يلي.....

د-التعريض المتباعد:

يتم فيه تعريض المريض للموقف المخيف ولكن على فترات متباعدة، ثم يليه التعرض لبقية المثيرات المرهوبة بالتوازى جنباً إلى جنب طبقاً للتدرج في هرم التعريض.

ج -التعريض المكثف (المتكتل) الغمر:

ويتم فيه مواجهة المريض للمثيرات الأكثر إثارة للخوف لديه، بمعنى مواجهة المواقف الموجودة في أعلى سلم التعريض مع الابقاء عليه لمدة طويلة في هذا الموقف، والغمر لا يحتاج إلى عمل مدرج للخوف وهذا الشكل من التعريض أقل استهلاكاً للوقت، ولكن هذا لا يعنى أنه الأفضل للجميع خاصةً في حالة اضطرابات القلق الحاد والمزمنة.

ه- التعريض التعاونى:

في هذا النوع من العلاج يواجه الفرد المثيرات المحيطة ولكن بمساعدة شخص آخر الذي يعد كإشارة أمان بالنسبة له. ويمكن أن يكون هذا الشخص: المعالج، أو الوالد، أو أي قريب أكبر منه سناً، أو صديقه، ويسمح في هذا النوع بأخذ الدعم والتأييد من قبل المساعد وتلقى التغذية المرتدة منه وذلك لثقته فيه، وهذا النموذج يمكن الفرد من التغلب على خوفه بمزيد من الهدوء والثقة بالنفس، ويعد هذا النوع جيداً حيث ينصح به في الجلسات الأولى العلاج بالتعريض للأطفال، كما يساعد الراشدين على الاستدلال والاستنباط الداخلي، والقدرة على مواجهة القلق الداخلي عندما يحصلون على التعزيز والدعم الخارجي من المحيطين بهم **(Kearney, 2005:164)**.

و – التعريض الذاتي أو المستقل:

هناك بعض المبادئ التي يقوم عليها وهي:

- في هذا النوع يُطلَب من الفرد مواجهة المثيرات المرهوبة له بنفسه، حيث يعمل على التدريب على هذه التعريضات بنفسه من خلال تدريبه على أن هذه المثيرات ليست خطرة، وأن القلق الناجم عنه يمكن التحكم فيه، وأن النتائج السلبية الناجمة عن مواجهتها ليست مستمرة، وأن تجنب هذه المواقف لا يقلل الخوف بل يزيد من حدته.
- كما يتطلب مساعدة الفرد على معرفة السلوكيات التى تسهل له العلاج، حيث تساعده على زيادة فعّالية الذات المدركة بالنسبة له؛ الأمر الذي يزيد من كفاءة التعريض. فيكون الفرد في هذا النوع أكثر اعتماداً على نفسه ، حيث يعمد إلى مواجهة المواقف التى تثير له القلق باستقلالية مع الاعتماد على الذات. ومثال ذلك، أن يطلب منه سؤال شخصٍ غريب عن بعض الإرشادات بدون الاستعانة بالمعالج.
- كما ينبغي في هذا الشكل من العلاج أن يتضمن خططاً محتالة، يحتال فيها المعالج على الفرد ويجعله يتأكد أنها حدثت عن طريق الصدفة، مثل اصطدامه بشخص ما وهو في طريقه إلى قاعة المحاضرات فى الكلية أو بعض الحوارات التلقائية التى تحدث بينه وبين أقرانه، كما ينبغي في هذا النوع من التعريض عدم تواجد المعالج وأن لا نصطنع المواقف، كأن يطلب من الفرد الأكل في كافتيريا الكلية، أو الكلام الشفاهي في قاعة المحاضرات مع المحاضر.
- يتدرب الفرد فى التعريضات المستقلة على بعض المهارات التى تساعده على التغلب على قلقه عن طريق مواجهة الموقف بشكل مستقل، وهذه الطريقة تنمي وتقوي لديه الدافع للعلاج وتزيد من

فعّالية الذات المدركة لديه، مما يساعد على انخفاض مستوى القلق. ويجب استخدام التعزيز لضمان استمراره في التعريض؛ ولزيادة ثقته بنفسه. ويتم تطبيق مقياس القلق والتجنب كل نصف ساعة أو كل ساعة، لمعرفة ما إذا كان القلق يقل أم لا، وإذا وجدنا أن مستوى القلق قد انخفض، فيجب الثناء عليه ثم يتم تعريضه إلى موقف أعلى في الإثارة، وفي نهاية الجلسات يعطى مجموعة من الإلزامات الخاصة بالواجب المنزلي، ويجب أن تشتمل بقدر الإمكان على مواقف التأكيد على تعميم آثار العلاج؛ كأن يُطلَب منه التعرض لبعض سيناريوهات القلق التى تساعده على التغلب على قلقه في المستقبل.

- ينبغي في هذا النوع من العلاج عدم استخدام الإشارات الآمنة، المتمثلة في صديق حميم، حيث يُطلب من الفرد مثلاً الذهاب إلى قاعة المحاضرات بدون أن يكون مصطحباً لصديق حميم، ويحاول عمل صداقات جديدة مع الآخرين، أو استخدام بعض سلوكيات التجنب كالجلوس بالقرب من باب الخروج ليخرج عندما يشعر بالغثيان، لذلك يطلب منه الجلوس في وسط قاعة المحاضرات وأن يكون محاطاً بالآخرين، مع الاسترخاء لضمان هدوء الأعصاب ولتعزيز العملية الانفعالية الكاملة.

(Kearney, 2005:165)

ي-التعريض الباطني:

وأضاف **كرسكي وآخرون Craske, etal.** (٢٠٠٠) أن التعريض الباطني شكل من أشكال العلاج بالتعريض القائم على مواجهة المثير الداخلي المخيف مثل زيادة ضربات القلب، والدوار، وتصبب العرق، واهتزاز اليدين. وفى هذه العملية يتم توجيه الفرد للمثير الداخلي في الجلسة، ويبدأ

بالمثير الأقل إثارة وصولاً إلى المثير الأكثر إثارة، ويمكن من هذه التعريضات تنمية التحكم الذاتي، وضبط النفس.

ومثال ذلك أن يطلب من الفرد الجرى أثناء الصعود أو الهبوط من على السلم وذلك لزيادة معدل ضربات القلب، وأيضاً الدوران على كرسى متحرك ليحدث الشعور بالدوار وزيادة سرعة التنفس. ويُعدّ هذا النوع من التعريض فعّالاً مع الأطفال الذين يشعرون بالقلق، وأيضاً مع المراهقين الذين هم في حاجة إلى مزيد من الضبط الانفعالي في معظم المواقف الاجتماعية **(Craske, et al., 2000: 75)**.

ز- التعريض الفردي في مقابل التعريض الجماعي:

وقد أشار **ألبانو وبارلو Albano& Barlow (١٩٩٦)** أنه يمكن إجراء تدريبات العلاج بالتعريض بشكل فردي أو جماعي. ومن مميزات التعريض الجماعي إتاحة الفرصة للتعريضات بأن تكون في شكل رسمي أو غير الرسمي (كأوقات الفراغ والراحة والفسحة)، ومن أمثلة تلك التعريضات الجماعية أن يشارك الأفراد ذوو الفوبيا الاجتماعية مع الأشخاص العاديين في جلسات التعريض **(Albano& Barlow, 1996: 45)** .

ومن الانتقادات التي وجهت إلى العلاج الجماعي، أنه ليس بالضرورة أن يحدث تقدماً لجميع أفراد المجموعة بنفس الدرجة؛ مما يجعلهم يشعرون بأنهم أكثر عزلة من قبل، كما أن بعضهم يعاني من بعض الأمراض النفسية كالاكتئاب، مما يجعل الحل الأفضل هو العلاج الفردي حيث يقوم بعلاج كل فرد على حدة **(Kearney,2005: 165)**.

ثامناً: خطوات العلاج بالتعريض:

لقد أشار **كيرنى Kearney (٢٠٠٥)** أن ثمة خطوات مهمة في العلاج بالتعريض للراشدين الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية، يتم تطبيقها وتتمثل هذه الخطوات في:

١-التهيئة النفسية للفرد ذي الفوبيا الاجتماعية وتقديم وصف عام للعلاج.

٢-عمل مدرج القلق.

٣-التعريض التخيلي.

٤-التعريض الواقعي.

وفيما يلى عرض موجزٌ لكل منهما....

١- التهيئة النفسية للفرد ذي الفوبيا الاجتماعية النفسي وتقديم وصف عام للعلاج :

- في هذه الخطوة يبدأ المعالج النفسى في التمهيد للعلاج، حيث يقدم وصفاً عاماً على أساس عقلانى، كما يصف التدريبات التى أساسها التعريض وفى هذه الخطوة يتطلب من المعالج أن يحدد نقطة البدء في العلاج؛ حيث يعمد الى جمع المعلومات سواء كان مصدرها الفرد نفسه، أو أحد والديه، أو ممن يحيطون به.
- ويجب على المعالج أن يكون على دراية بميكانيزمات الفعّل في العلاج بالتعريض، حيث يضع أمام ناظريه المهارات التى يريد إكسابها للفرد؛ من أجل مساعدته على اجتياز الموقف المرهوب بشكل أفضل عن طريق طلب بعض المهام البسيطة منه التى يَسهُل عليه إتمامها بنجاح، ويطلب منه أن يصف ويشرح كيف اجتاز هذه المهام وما الأخطاء التى وقع فيها، وهل أشعرته هذه الأخطاء بالإحباط أم لا، ثم

يطلب المعالج منه وصف الطريقة التى تجعله يتفادى هذه الأخطاء، أو ما هية الحلول البديلة لتفادي الوقوع في مثل هذه الأخطاء مرة أخرى.

- من الواضح أن التغذية المرتدة من قبل المعالج تلعب دوراً مهماً في مساعدة الفرد في تقرير أخطائه، والتقليل من قلقه وتوتره. كما يناقشه في عدد من المواقف التى تعد بمثابة تدريبات أساسية للتعريض، ويحاول المعالج أن يجعل الفرد قادراً على إدارة القلق؛ وهي مهارة يحاول المعالج تدريبه عليها والقدرة على التحكم الذاتي المعرفى، والاجتماعي للتغلب عليه.**(Kearney, 2005: 165)**

(٢) عمل مدرج للخوف وتحديد معيار للقياس:

- من خلال الخطوة السابقة يستطيع المعالج أن يحدد ماهية المواقف الأقل إثارة للقلق بالنسبة للفرد من المواقف الأكثر إثارة، فيقوم بعمل مدرج للخوف على أن يكون في أول السلم المثيرات الأقل إثارة، صعوداً إلى أعلى السلم متمثلاً في المواقف الأعلى في الإثارة. ويتم اشتقاق بنود هذا التدرج بشكل يخدم أهداف التعريض الرئيسة، ومادة القياس، وسجلات الأداء اليومية، والأحاديث الشفاهية مع الفرد أو القائمين عليه، وقد أشار **كيرنى** أن هذا المدرج يمكن أن يتغير أثناء العلاج مرات عديدة وفقاً لما يطرأ في العلاج، وذلك من أجل زيادة فعالية العلاج.
- ويطلب المعالج من الفرد في هذه المرحلة أيضاً الثقة بالنفس عند مواجهة كل نوع من الأنواع الموجودة في السلم، والاعتماد على نفسه في حل المشكلات التى تواجهه، مع وجود التغذية المرتدة، والتعزيز المستمر من قبل المعالج. ويستخدم في قياس درجة الخوف ما يسمى بترمومتر الخوف السابق ذكره.

- قد يتطلب مدرج الخوف بعض التعديلات المستمرة من قبل المعالج، حيث يوجد أوجه متعددة للفوبيا التى تتطلب أكثر من تدرج، على سبيل المثال بعض الأفراد الذين لديهم صعوبات كبيرة في التفاعل مع الآخرين، والأداء العام أمام الآخرين، لذلك كان من المفترض على المعالج تقسيم كل نوع إلى مجموعة من الأجزاء الفرعية الثانوية وإلى جزيئات أصغر منها، وفى هذا الصدد يجوز للتدريجات المزدوجة أن تكون هى الأفضل من أجل تناول جميع الأنواع المختلفة.) **Kearney, 2005: 166)**

۳- التعريض التخيلي:

- تعد التعريضات الخيالية في مقدمة تطبيقات التعريض اللاحقة، حيث يعد المعالج مجموعة من السيناريوهات المختلفة التى يتم ربطها بشكل قريب جداً من مدرج التعريض السابق إعداده.
- تبدأ العملية بأن يجعل الفرد ينصت إلى سيناريو مرتبط بشكل قريب جداً بتدرج ذي مستوى منخفض من الإثارة الانفعالية للقلق لديه، ويجب أن يكون هذا السيناريو مختصراً، ومفصلاً، وشاملاً. ويقوم المعالج فيما بعد بتقديم السيناريوهات التى ينتج عنها قلق شديداً، مع تزويده بالطريقة المثلى للتغلب على هذا القلق، ومساعدته على البقاء في الموقف لا تجنبه والابتعاد عنه، حيث إن الهدف الرئيسى للتعريض التخيلي هو جعل المريض يستمع إلى مشهد قلق كلي، ويطبق هذا المشهد بدون توقف.

٤- التعريض الواقعي:

هو تطبيق التعريض التخيلي ولكن في بيئة واقعية، ويتم ذلك على مراحل حيث يدرب المريض على بعض المهارات التى يستطيع من خلالها

التغلب على القلق. حيث يبدأ عادة التعريض الواقعي، بالتهيئة النفسية، حيث يطلب منه تقديم نفسه بثقة، وأن يعمل مع مجموعة، وحثه على التفاعل معها، ويطلب منه مثلاً الرد على الهاتف، أوالأداء بطريقة ما أمام الآخرين مثل إلقاء مقدمة شفهية، أوالأكل أمام الآخرين، أو العزف على آلة موسيقية، ويطلب منه انجاز هذه المهام بثقة، وبشكل فيه اعتمادية على النفس، مع الحصول المستمر على التغذية المرتدة والتعزيز الايجابي من قبل المعالج، دائماً يطلب منه قوة الإرادة للتغلب على القلق ومواجهته بقوة وحكمة **(Kearney, 2005:167-168)**.

القسم الثالث: فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية واضطرابات القلق

تُعدّ المناهج العلاجية القائمة على التعريض فاعلة في علاج اضطرابات القلق، وخاصة فى الفوبيات النوعية والاجتماعية، واضطراب الشخصية التجنبية، والوساوس القهرية، وتمكن فاعليته في تعدد آليات وميكانيزمات الفعل المفسرة له، فيذكر **كيرني Kearney (٢٠٠٥)** أن ثمة هناك ميكانيزمان فاعِلان في العلاج بالتعريض وهما "التعود والكَفّ بالنقيض"، ووضح أن التعود يحدث عندما يستجيب الفرد إستجابة ضئيلة للخوف أوالقلق، كرد فعل طبيعي عندما يتعرض للمثيرات المرهوبة بشكل متكرر**(Kearney, 2005:157)**. حيث تقل الإشارة الانفعالية المتمثلة في خوف الفرد ورعبه من الكلب مثلاً، عندما يتعرض للكلب بشكل متكرر مما يساعد على انطفاء استجابة الخوف لديه.**(Mockinstosh, 1987:83)**

هذا، وقد قام **ستامفل وآخرون Stamfl, et al. (١٩٦٧)، وماركس Marks(١٩٧١)، وفوا وآخرون Foa, etal (١٩٧٧)**، بعدة أبحاث

أكدوا من خلالها أن كلا التحصين التدريجي والغمر ما هما سوى فنيتان للعلاج بالتعريض، وأنهما من أهم ميكانيزمات الفعل التوسطية الخاصة بكف الاستجابة أو فك الارتباط الشرطي، الأمر الذى يتطلب فيه تعريض الفرد تعريضاً كافياً للمثيرات التى تثير الخوف لديه، مما يساعد على غمره بدرجة كافية في هذه البيئة؛ مؤدياً بذلك إلى انطفاء الاستجابة الشرطية **(McNally, 2007: 750-751)**. ويستخدم في ذلك مدرج الخوف الذي يُقسم إلى درجات أو مراتب، وتُقسم هذه الدرجات إلى مستويات، وتُرتب هذه المستويات من الأقل الى الأعلى إرهاباً حسب الخصائص الشخصية للفرد، وتشتمل الجلسات الأولية على تعريض الفرد للمثير المرهوب (الأقل رهبة بالنسبة له) وبعدها يتم التدرج الى الأعلى فأعلى وصولاً إلى قمة الهرم، حيث تبين المثيرات الأكثر إرهاباً بالنسبة له.

(Ost, 1989: 2); (Ost, et al., 1991: 563) & (Ost, et al., 1997:725)

ويرى **كيرنى** (٢٠٠٥) أن **مورار** (١٩٦٠) وضح أن انطفاء استجابة الخوف المرتبطة بالمثير المرهوب، إنما تتأتى عندما يتم الربط بينه وبين نقصان النتائج السيئة المرتبطة به، فيقل خوف الفرد مثلاً من الكلب، عندما يتعرض لهذا الكلب بدون أن يعضه وبالتكرار يحدث انطفاء لاستجابة الخوف تماماً **(Kearney, 2005: 157)**. ويقوم الكف بالنقيض على فكرة مؤداها "أن استجابة الخوف تقل وتضعف بالنسبة للمثيرات المخيفة عندما يتعلم ويكتسب الفرد بعض الاستجابات المعادية لها، ويتدرب عليها، التي تجعل منه ميكانيزم في العلاج بالتعريض **(Wolpe, 1990: 63)**.

واتفق باكر وآخرون**(Baker, et al.,2010: 1139)** ، وليوتجب وآخرون**(Leulgeb, et al.,2009:294)** ، وميورس وآخرون **(Muris, et al.,1994:462)**أن فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات

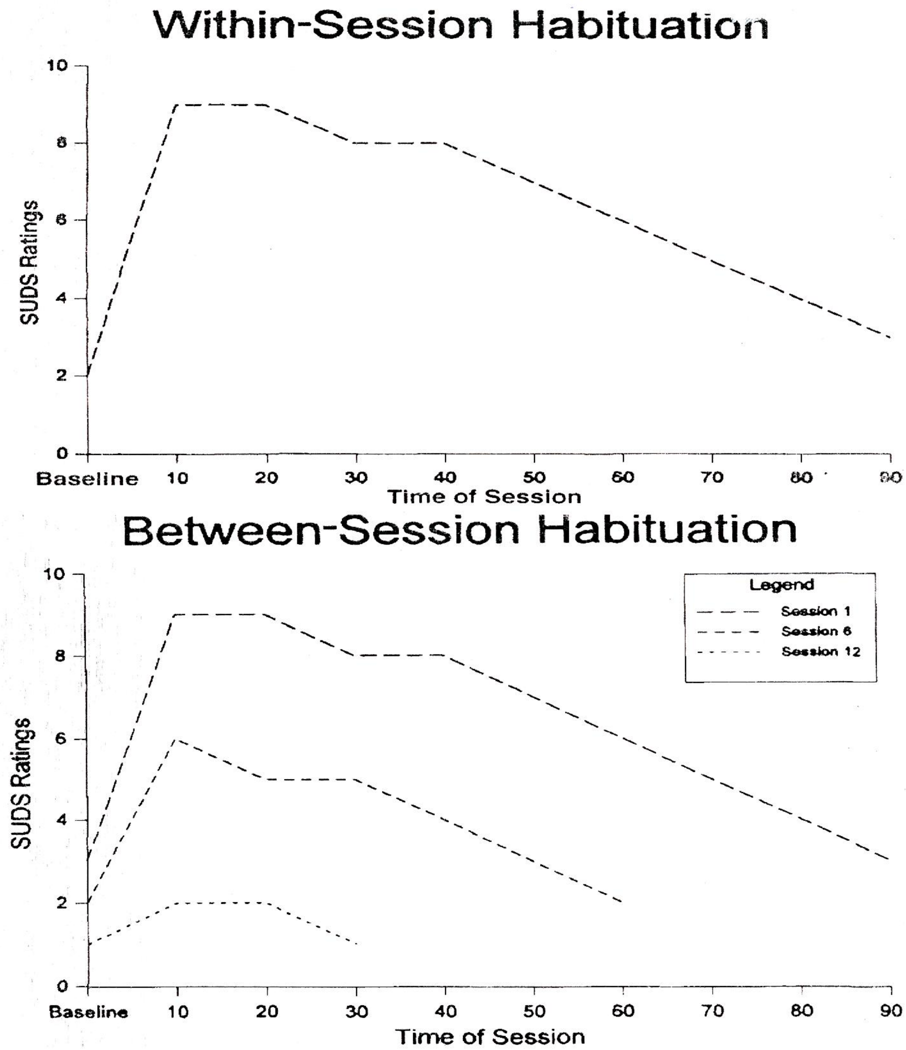
القلق والفوبيات النوعية؛ تمكن في آليات الفعل المرتبطة به ، سواء كان التعود أو القوة الكامنة للحدث ذات الصلة الوثيقة بالبنية المعرفية للخوف الخاصة بكل فرد، وكذلك أساليب المواجهة التقليدية القائمة على الكف بالنقيض والغمر والتحصين التدريجي.

وقد أشار **بيدل وترنر Beidel & Turner** **(۲۰۰۷)** إلى أن الميكانيزم الفاعل في العلاج بالتعريض هو التعود ***Habituation***، حيث يعمل على تقليل الخوف من خلال عمل تغيرات تحدثها إستراتيجيات التعريض في البنية المعرفية للخوف لدى الفرد. ففي جلسات التعريض من المتوقع أن يعتاد الفرد مع الوقت على المثير المخيف، بمعنى حدوث انطفاء للاستجابة الانفعالية للمثير، وغالبا ما يقاس التعود عن طريق المقاييس الفسيولوجية مثل **(**قياس ضغط الدم، وسرعة ضربات القلب**)**، أما من الناحية الانفعالية فعن طريق قياس اضطرابات المزاج، والاكتئاب.

وقد استدلا على قياس معدل التعود لدى الفرد ذي الفوبيا الاجتماعية من خلال وضعه فى موقف أدائى اجتماعي، يجعله يميل إلى الشعور بالحزن والأسى؛ فوجدا أنه إذا ظل الفرد في هذا الموقف فترة كافية من الوقت، فإن قوة المثير تنخفض شدتها، وقد وضح **بيدل وترنر** في الشكل البيانى"٧" ،"٨"، انخفاض درجة الحزن والاكتئاب المصاحب للفوبيا الاجتماعية خلال وبين جلسات التعود، وذلك على التوالي.

شكل"٧" ، شكل "٨"

انخفاض درجة الحزن والاكتئاب المصاحب للفوبيا الاجتماعية خلال وبين جلسات التعود



SUDS= Subjective Units of Distress Scale

وكما أشارا أيضاً إلى أن الاتصال المتكرر بين الفرد والمثيرات المرهوبة بعد جلسات التعريض يسرع من عملية التعود، وكما أكدا على أن يتم تعريض الفرد ولكن بمساعدة المعالج، على أن يحاولوا تعريض أنفسهم للمثيرات المخيفة لهم والذي يُعدّ كواجب منزلي، وذلك لمساعدة الفرد على أن يعتاد الموقف بدلاً من تجنبه والابتعاد عنه .
(Beidel & Turner, 2007: 223 – 224)

ومن الممكن التخفيف من الاستجابات الفوبيوية من خلال عملية التعود، الذي يعد بمثابة ميكانيزم كلى للوجود **(**بمعنى وجود الشئ فى مكـــانين فـــى الوقت نفسه**)**، لكبت ومنع الاستجابة من خلال التعريضات المتكررة والتـــى تقع فى جميع مستويات التنظيم العضوى، وبالتالى قد تقـــدم هـــذه العمليـــة " التعود " إجراءاً أوتوماتيكيا ذاتياً للتخفيف من الخوف والتوتر لـــدى الفـــرد.
(Asendorpf, 1992:63)

وهذا ما ذهب بـــ **باكر وآخرون** **(٢٠١٠)** لاعتبـــار التعـــريض بمثابـــة العنصر الأساسي أو كما أسماه العلماء بلُبّ أو جوهر العلاج فـــي الفوبيـــات واضطرابات القلق، ولكن هذا لا يعنى أن كل مُتلقّ للعلاج بالتعريض يحـــدث لديه منع للاستجابة تماماً؛ ولكن يختلف بنسبة كبيرة عن الـــذين لـــم يتلقـــوا العلاج. ولذلك كان لابد من الوقوف لمعرفة الميكانيزمات التـــى تقـــف وراء الطريقة العلاجية التى نضمن من خلالها تحسُن النتائج العلاجية. فأكد علـــى أن نظرية العملية الانفعالية لـــ **فوا وكوذاك** **(١٩٨٦)** مـــن أهـــم النظريـــات المفسرة للعلاج بالتعريض، حيث ركزت هذه النظرية على أن "التعود" الذى امتزج واختلط مع مفهوم "التعلم الصحيح" الذي يفسر آثار العلاج بـــالتعريض في نظرية العملية الانفعالية **(*EPT*)**.

على أن يقاس التقدم العلاجى خلال الجلسات باستخدام التقارير الذاتية، ومقياس الاكتئاب (***SUDS***)، واختبار التجنب السلوكى (***BAT***) ، والمقاييس الفسيولوجية التى تقيس معدل ضربات القلب، وضغط الدم.

وأكد أنه بمجرد أن يتم تنشيط الخوف فإن التعلم الصحيح يكون قد حدث، من خلال تكامل المعلومات المتضاربة مع البِنّية، ويحدث هذا من خلال مصدرين:

- ❖ **المصدر الأول:** التعود الذي يحدث خلال الجلسات والذى يشار إليه ب(***WSH***)، حيث تقل استجابة الخوف عند التعريض المطّول للمثير المرهوب، والذى يُعدّ مطلباً أساسياً للمصدر الثاني.
- ❖ **المصدر الثاني:** تضارب المعلومات التى تنبثق من تعود ما بين الجلسات ب(***BSH***) الذي يساعد على تغيير افتراضات المعنى الخاصة بالمثير المرهوب، والتي تظهر في صورة تقليل الاحتمالات المتعلقة بالضرر المترتب عليه أو ما يسمى "بتكافؤ المثير".

وأشار **باكر** إلى أن فاعلية النظرية القائمة على العملية الانفعالية تكمن في تنشيطها لبنية الخوف (***IFA***) والتي تساعد على حدوث التعود بين وخلال الجلسات. على أن يقاس التقدم العلاجى خلال الجلسات باستخدام التقارير الذاتية، ومقياس الاكتئاب (***SUDS***)، واختبار التجنب السلوكى (***BAT***) ، والمقاييس الفسيولوجية التى تقيس معدل ضربات القلب، وضغط الدم(**Baker, et al., 2010:1139 – 1141**).

ولكن قوبلت هذه الميكانيزمات بالنقد، حيث أشار **كرسكى Craske** (**١٩٩٩) وبيوتشرد** (**٢٠٠٤**) أن التعود وانطفاء الاستجابة والكَفّ بالنقيض ما هي إلا ميكانيزمات تقليدية، ولابد من إدخال بعض التعديلات عليها من أجل الوصول إلى فاعلية أفضل للعلاج، بل وضمان أكثر استمرارية له،

وأشار الى أن ثمة نظريات تفسر آليات الفعل في العلاج بالتعريض، واستند في ذلك الى أنه قد يؤدى التعريض المتكرر للمثير المرهوب إلى زيادة الخوف لا تخفيفه، وهذا ما يحدث في حالات التعود قصيرة المدى، أما في حالات التعود طويلة المدى التى تحدث عن طريق التعريض المطّول فإنها تساعد على فهم أكثر واقعية، للعمليات الانفعالية الجديدة التى تعمل على تغيير البنية المعرفية للفرد بشكل يضمن نجاح عملية العلاج، واستمرار آثاره.

(Craske, 1999: 31)& (Bouchard, et al., 2004:63)

فقد أشار **باندورا** أن فعّالية الذات المُدركة والفهم الدقيق والواعي لطبيعة الموقف المرهوب، يُعدان جوهر التغيير في العلاج بالتعريض.

(Bandura, 1977:55)

لذلك يُحتم علينا أن نفهم أن فاعلية العلاج بالتعريض للفوبيا الاجتماعية إنما تتأتى عندما ينجح الفرد مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة، فيكتسب علاقات جديدة بين الموقف المرهوب والتوقعات الايجابية له، والعمليات الانفعالية البَنّاءة، والإحساس المرتفع بفعّالية الذات فى المواقف الاجتماعية المختلفة. **(Kearney, 2005:157)**

لذلك يفضل **كرساناإسكيا وآخرون (Kircanskia, et al., 2012:750)** التنوع في نماذج وفنيات العلاج بالتعريض بدلاً من الاعتماد على النماذج التقليدية له القائمة على الغمر والتحصين التدريجي؛ لضمان حدوث التحسن العلاجي المطلوب، والتخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية، والوساوس القهرية

وكما أكد هيوج وآخرون **(Haug, et al.,2003:316)**،

ونوربجروآخرون.(Norberg, et al., 2008:1123)، وبلومهـف وآخـرون (Blomhoff, et al. ,2001:27) إلى فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيـف من الفوبيا الاجتماعية واضطرابات القلق، مـع أو بـدون اسـتخدام بعـض العقاقير الطبية وبما يقدمه من تسهيلات تعمد إلـى كَـفّ الاسـتجابة غيـر المرغوب فيها في تلك الاضطرابات.

وللعلاج بالتعريض بنوعيه الواقعي والتخيلى باستخدام الحاسوب، دورٌ فعّالاً في خفض القلق وسلوك التجنب لدى الأفراد (Ost, et al., 2001:177) (Ost, et al., 1992:280). فقد أظهرت الصياغة النموذجية الرمزية المتمثلة في التعريض التخيلى باستخدام شريط تليفزيونى، يُعرض فيه تدرج للصور المرهوبة بالنسبة للفردمع التدريب المستمر على الاسترخاء، انخفاضا ملحوظاً في اضطرابات القلق والفوبيات النوعية (Wroblewski, et al., 1977:113). حيث يلعب الاسترخاء القائم على التنفس دوراً مُهمًّا في ارتخاء العضلات، وبالتالى يقلل من مستوى القلق والتوتر المرتفع ومنه يحدث كَفّ لاستجابة الخوف بالنقيض.

(Ost, et al. , 1996: 710)

كما أكد مك كرون وآخرون (McCrone, et al.,2009: 96)، وتلفورز وآخرون (Tifflos, et al., 2008 : 712)، ونورمان (Norman , 2006:402)، ومك دونوف وماركس (McDonough & Marks, 2002 :415) على فاعلية العلاج بالتعريض القائم على استخدام الحاسوب في التخفيف من الفوبيات النوعية والاجتماعية واضطراب الهلع، وذلك لفاعليته في تقديم واقع افتراضي لبعض المثيرات المرهوبة، ولكن في شكل جديد وجذاب؛ يساعد الفرد على مواجهتها ومن ثَم اكتساب تعلم جديد.

وتلعب التدخلات المعرفية التى تستخدم خلال العلاج بالتعريض، دوراً مهماً في مساعدة الفرد على التعرف على هوية الأفكار السلبية الآلية، التي تتوارد لذهنه عن الموقف أو المثير المرهوب(**Ost, et al. , 1996: 710**) . ومن هذه الفنيات: لعب الدور والنمذجة التى تتخذ من سوء فهم وترجمة المفاتيح الاجتماعية هدفاً لها في الفوبيا الاجتماعية مثلاً، وذلك من خلال الوقوف على الأفكار المعرفية الخاطئة التى أدت إلى هذا التجنب. وكما اقُترح تضمين التدريب على المهارات الاجتماعية لجلسات العلاج، لأن العلاج بالتعريض يتضمن مواجهة المواقف الاجتماعية التى تستثير الخوف لدى الفرد، مما يُلزمنا بتدريبه على بعض المهارات اللازمة للتفاعل مع تلك المواقف بكفاءة واقتدار. وتتراوح مدة العلاج بالتعريض من ستة أسابيع إلى ستة عشر أسبوعاً، وذلك تبعا لنوع موضوع الفوبيا، فعلاج الفوبيا الاجتماعية بالتعريض يختلف بالطبع عن مدة علاج الفوبيات النوعية الأخرى.

(Turner, et al., 1994: 385)& (Turner, et al., 1995 :559).

ولذلك تُعدّ التدخلات المعرفية للعلاج بالتعريض فى علاج الفوبيا الاجتماعية، لها الأثر الكبير فى التخفيف من أعراض الفوبيا، كما أن آثارها العلاجية تمتد لفترة طويلة على الأقل من ستة أشهر إلى سنتين.

فقد أكدت دراسة ميريتا وآخرون(**Meureta, et al.,2011**)، وديكون وآخرون(**Deacon, et al.,2010:78**) ، وتلفورز وآخرون **(Tifflos, et al., 2008:715)**، وكرجن وآخرون **(Krijn, et al.,2007:366)**، وكلارك وآخرون(**Clark, et al., 2006:1064**) وميلوسيفك (**Milosevic, 2006:25**)على فاعلية استخدام مهارات التعايش المعرفية والبيوسلوكية، وفنية الإشارات الآمنة، وفنية الأحاديث الذاتية،

والاسترخاء في تحسين مخرجات العلاج بالتعريض للفوبيـات النوعيـة ولا سيما والفوبيا الاجتماعي.

وقـد اتفـق بّريـسيا وآخـرون **(Pricea, et al.,2011:768)** ، وجوزي وآخرون**(Jose, et al.,2009:233)**، وإنان**(Inan, 2008:143)**، وبفـلات وآخـرون**(Peflate, et al.,2008:17)** ، وكِـرجّن وآخـرون **(Krjn, et al.,2007:366)** ، وكلينجـر وآخـرون **(Klinger, et al.,2005,2006)** ، وهيــربلين**(Herbelin,2006:22)** ، وهــورتز **(Horowitz,2003:56)** إلى فاعلية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضـي في التخفيف من الفوبيا الاجتماعيـة، والفوبيـا المدرسـية، والأجورافوبيـا، والأكروفوبيا، واضطرابات القلق.

بل وعمد البعض إلى عمل مقارنات بينية؛ لتقييم فاعلية أشـكال العـلاج بالتعريض المختلفة في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية والفوبيات النوعية، فقد أكد **بّريسيا وآخرون**(٢٠١١)، فاعلية العلاج بالتعريض للواقـع الافتراضـي الغمري والتعريض للواقع الافتراضي غير الغمري ذو الوظـائف التخيليـة جذابة أو خلابة**(FMRI)** [*] ، وذلك في التخفيف من الفوبيا الاجتماعيـة لـدى الأفراد، فقد لُوحِظ تحسناً ملحوظاً فى اختفاء أعراض الفوبيـا الاجتماعيـة لديهم، كما أكد على أن العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي أحدث تحـسناً في اختفاء أعراض القلق لدى الأفراد، حيث كانوا أكثـر انغمـاراً وشـعوراً بالتواجد أو التضمين فى البيئة الافتراضية، من التعريض للواقع الافتراضـي

---

[*] **(FMRI):**اختصار ***Functional Magnetic Resonance Imaging*** ، وهو شـكل من أشكال العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي غير الغمـري ذو الطبيعـة الخلاّبـة أو الجذّابة .

ذو وظائف تخيلية جذابة أو خلابة **(FMRI)** ، كما أظهروا مستويات منخفضة من الخوف بين وخلال جلسات العلاج، وأكثر تجاوبا للعلاج.

كما أوضح **بالاشيوس وآخــرون(Palacios, et al ., 2007:723)** أنـــه بلغ معدل قبول الأفراد للعلاج بالتعريض للواقع الافتراضي " ٧٦%"بينما بلغ معدل رفضهم" ٣%"، وبلغ معدل الرفض للعلاج بالتعريض الواقعي" ٢٧%"، وذلك في دراسة أجراها لمقارنة معدلات التقبـــل والـــرفض لكـــلا الـــشكلين التعريضيين في التخفيف من الفوبيات النوعية والاجتماعية.

ولقد قام كل من

(Clark, et al.,2006:1064) ، (Peflate, et al.,2008:17) ، (Feske& chambless, 1995: 710)، (Klinger, et al.,2005:85) (Taylor, 1996: 5) بعمل مقارنات فى شكل دراسات تحليلية متعددة، لقياس مدى فاعلية العلاج بالتعريض وذلك لمعرفة مدى المكاسب العلاجية التى يُثمر عليها في التخفيف من الأعراض الفوبيوية؛ وذلك بمقارنته بعلاجاتٍ أخرى والتي كان أشهرها العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج المعرفى والتدريب على المهارات الاجتماعية، وتمثل وجه المقارنة في مدة العلاج ومدى استمرار نتائجه على المدى البعيد، وقد توصلوا معظم المقارنات إلى التأكيد على فاعلية العلاج بالتعريض فى التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية ولا سيما الاجتماعية.

الدراســـــات السابقــــــــة

مقدمــــة:

لقد تعددت الدراسات وكَثُرت حول استخدام التعريض باعتبــاره أحــد العلاجات، التي تعمل على التخفيف من بعــض حــالات الخــوف أو القلــق المرتبط ببعض الأشياء، أو الناتج عن التعرض لبعض المثيرات التي قد تثير لدى الفرد بعض المخاوف ولهذا، سوف تتناول الباحثة في هذا الفصل بعض الدراسات والبحوث السابقة، التي اهتمت بدراسة فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات القلق عامة ومن الفوبيا الاجتماعية بصفة خاصــة، وبيان هذه الدراسات بشيء من التفصيل، تقدمه الباحثة فيما يلي:

١-دراسة كرساناإسكيا وآخرون Kircanskia, et al. (2012):

عنوان الدراسة: تحديات النماذج التقليدية للتعريض: التنوع فى العلاج بالتعريض من أجل المخاوف من التَدنُس([*]).

Challenges to the traditional exposure paradigm : Variablility in exposure therapy for contamination fears.

هدفت هذه الدراسة إلى فحص واختبار فاعلية النماذج التقليدية للعلاج بالتعريض القائمة على الغمر والتحصين التدريجي في التخفيف من مخاوف التدنس(التلويث)، مقارنة بفاعلية العلاج بالتعريض باستخدام نماذج متنوعة في إحداث التحسن الكلينيكي لدى عينة من الأفراد الذين يعانون من القلق والخوف الشديد من التلويث الذي قد يصل إلى حد الوساوس القهرية.

فتكونت عينة الدراسة من "٢٥" فرداً ممن يعانون من مخاوف التلويث، وقد قسمت هذه العينة إلى مجموعتين تجريبيتين، المجموعة الأولى

---

[*] **مخاوف التَدنُس:** تشير إلى القلق والخوف الشديد الذي ينتاب الفرد من أن يكون عُرضة للتلويث أو القذارة ، والتي قد تزداد حدتها لتصل إلى حد الوسواس القهري.

تلقت تعريضاً مكثفاً ومجمعاً**Blocked and Constant (BC Group)** والتى تمثل النماذج التقليدية للعلاج بالتعريض، بينما تلقت المجموعة التجريبية الثانية تعريضاً متنوعاً وعشوائى **RV Random and Variable) group)** ، وتمثل هذه المجموعة نماذج متنوعة للعلاج بالتعريض.

واستخدمت الدراسة الأدوات الآتية :

- التقارير الذاتية.
- مقياس باديوا **Padua Inventory** .
- مقياس يل– بروان للوساوس القهرية **Yale-Brown** .
- مهام التجنب السلوكى **(BAT)**.
- مقاييس عمليات التعريض بين وخلال الجلسات.

وتم التعريض في هذه الدراسة على خمس جلسات، الأولى منها تمهيدية، ثم يليها ثلاث جلسات فى المنتصف على مدار ثلاث أسابيع، وتُعدّ الجلسة الأخيرة بمثابة القياس البعدى وما بعد فترة المتابعة، وشمل التعريض "١٣" عنصر من مخاوف التدنس. وجاءت النتائج مؤكدة على انخفاض مستوى الخوف لدى عينة الدراسة بدرجة أكبر لدى المجموعة التجريبية التي تلقت تعريضاً متنوعاً وعشوائى **(RV)**، من المجموعة التجريبية التي تلقت تعريضاً وفقاً للنماذج التقليدية **(BC)**، وكانت الفروق بينهما دالة إحصائياً، مما برهن ودعّم على فاعلية التنوع في أساليب وفنيات العلاج بالتعريض، مقارنة من الاعتماد فقط على النماذج التقليدية للعلاج بالتعريض فى كَفّ استجابة الخوف لدى الأفراد عينة الدراسة، ولكن هذا لايعني عدم فاعليتها ولكن استخدامها بمفردها لا يعني بالضرورة حدوث التحسن الكلينيكي المطلوب، وقد توقع الباحثون فاعلية التنوع في العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات القلق.

وتعقب الباحثة على هذه الدراسة :

أن هذه الدراسة دعمت وأكدت الوِجَهة النظرية التي أستندت إليها الباحثة في إعدادها للبرنامج العلاجي الحالي القائم على التعريض للتخفيف من الفوبيا الاجتماعية، حيث لم تقتصر على النماذج التقليدية للعلاج بالتعريض فقط من أجل إحداث التحسن العلاجى لدى عينة الدراسة، بل تميز البرنامج العلاجي المُعدّ بالتنوع في فنيات العلاج بالتعريض، مستنداً في إحداث التحسن العلاجي إلى جميع آليات الفعل التى جاءت وفقاً للأُطر النظرية التى يقوم عليها العلاج، مما برهن على فاعلية ومنطقية ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في الدراسة الحالية.

٢-دراسة بّريسيا وآخرون Pricea, et al., (٢٠١١) :

عنوان الدراسة: هل الاشتغال بالتعريض يعطى نتائج أفضل؟ مكونات الوجود كعامل تنبؤى للتجاوب العلاجى فى العلاج بالتعريض للواقع الافتراضى من أجل الفوبيا الاجتماعية.

Does engagement with exposure yield better out comes? Components of Presence as a predictors of treatment response for virtual reality exposure therapy for social phobia.

لقد أظهر العلاج بالتعريض للواقع الافتراضى فاعليته فى التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية ولا سيما الفوبيا الاجتماعية، حيث كان يقوم على غمر الأفراد فى بيئة افتراضية مماثلة للبيئة الحقيقية مع ضرورة التأكيد على إحساسهم بالوجود أو بالتضمين الكلي فى هذه البيئة، وقد وجد أن هناك ثمة عوامل تُعدّ المسئولة عن إحساس الفرد بالتواجد أو الوجود فى البيئة الافتراضية وهى :

- أن يكون الواقع الافتراضى ثلاثى الأبعاد (فراغى).
- الانغمار الكلى.

❖ الواقعية (مماثلته للبيئة الحقيقية).

وهذه العوامل هي المسئولة عن زيادة إحساس الفرد بالتضمين فى الواقع الافتراضى المصمّم، والتى تُسهّل وتُيسّر الموانع أو العوائق التى تعيق إحساس الفرد بالتواجد فى البيئة الافتراضية، فمن هنا هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العلاقة بين الاحساس بالوجود بعوامله الثلاثة، ومعدل الخوف فى **VRE**، ومدى التجاوب للعلاج بالتعريض للواقع الافتراضي **(VRE)**.

وتكونت عينة الدراسة من "٤١" فرداً ممن شُخِصت لديهم الفوبيا الاجتماعية وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية **DSM- IV**، وقد استُخدمت معهم الأدوات الآتية :

❖ مقياس **IPQ** إسكيوبتر وآخرون (٢٠٠١) :

Igroup Presence Questionnaire (IPQ; Schubert,etal, 2001).

❖ التقرير الشخصي للخوف من التحدث العام **PRCS** لــ **بيول** (١٩٦٦)

Personal Report Confience as speaker (PRCS; Paul, 1966).

❖ المقياس الفردى لعدم الشعور بالراحة.

Subjective unit of Discomforts Scale (SUPS)

❖ وصف للمقابلات الكلينيكية الخاصة بالدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية لــ **فرست وآخرون** (٢٠٠٢).

Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID; First, et al., 2002).

وقد تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين على أن تتلقى المجموعة الأولى (**ن =٣١ أفراد**) علاجاً بالتعريض للواقع الافتراضى مماثل للبيئة الطبيعية والذي تم إعداده في هذه الدراسة، بينما تلقت المجموعة الثانية (**ن= ١٠ أفراد**) علاجاً بالتعريض لواقع افتراضى ذو وظائف تخيلية جذابة أو خلابة **(FMRI)Functional Magnetic Resonance Imaging.**

وقد صمم الباحثون برنامجهم العلاجي ليشتمل على ثلاثة مواقف للتفاعل الاجتماعى وهى :

- موقف التحدث العام.
- موقف تناول العشاء.
- موقف أدائي متمثل في استكمال عمل بعض المهام المسندة إليهم.

وجاءت نتائج الدراسة مؤكدت على نتائج الدراسات السابقة المتمثلة فاعلية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضى بنوعيه فى التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة، ومن خلال المقارنة بين مجموعتى الدراسة تبين الآتى: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين، لصالح المجموعة التجريبية الأولى، حيث أظهرت المجموعة التجريبية الأولى التى غمرت بشكل كلي فى الواقع الافتراضى الذي يشتمل على مواقف التفاعل الاجتماعي، تحسناً ملحوظاً فى اختفاء أعراض الفوبيا الاجتماعية لديهم، حيث كانوا أكثر انغماراً وشعوراً بالتواجد أو الوجود فى البيئة الافتراضية من المجموعة التجريبية الثانية التي غمرت بشكل جزئي في الواقع الافتراضي ذو وظائف تخيلية جذابة أو خلابة **(FMRI)**[*] حيث أظهروا مستويات منخفضة من الخوف بين وخلال جلسات العلاج، كما كانوا أكثر تجاوبا للعلاج من المجموعة التجريبية التى عرضت للواقع الافتراضي الجذاب.

وتعقب الباحثة على هذه الدراسة :

أنها قد استفادت من نتائج هذه الدراسة في إعدادها لبرنامجها العلاجي القائم على التعريض للتخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب

[*] **(FMRI) : اختصار function magnetic resonance imaging** الذي يمثل واقع افتراضي غير غمري، ذو الطبيعة الخلاّبة والجذّابة.

الجامعة، حيث خصصت الباحثة جزءاً من جلساته لتشتمل على التعريض لبعض مواقف التفاعل الاجتماعي في واقع افتراضي تخيلي جذاب، والذي يقوم على غمر الطلاب غمراً جزئياً في البيئة الافتراضية التخيلية المصممة على سطح مكتب الكمبيوتر، والتي اِلتُقطت لمواقف تفاعلية اجتماعية وطبيعية تحاكي نماذج حقيقية ثم يطُلَب منهم التفاعل معها باستخدام الفأرة ولوحة المفاتيح، استناداً منها إلى نتائج هذه الدراسة المتمثلة في فاعلية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي التخيلي الخلاب **(FMRI)** ، في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى الأفراد عينة الدراسة.

٣-دراسة ميريتا وآخرون .Meureta, et al (٢٠١١) :

عنوان الدراسة: مهارات التعايش والعلاج بالتعريض لاضطراب الهلع والأجروفوبيا[**]: المزايا الأخيرة وتوجيهات مستقبلية.

Coping skills and exposure therapy in panic disorder and Agoraphobia : Lasts advances and future directions.

يُعدّ اضطراب الهلع والأجوروفوبيا أحد اضطرابات القلق الأكثر شيوعاً فى الأونة الأخيرة، حيث يعانى أكثر من "٤،٧**%** "فرداً فى الولايات المتحدة الأمريكية من هذا الاضطراب. وقد أثبت العلاج المعرفى السلوكى فاعليته فى التخفيف من هذا الاضطراب، إلا أنه بالرغم من ذلك لُوحِظ أن كثير من المرضى حدث لهم انتكاسة وعودة أعراض المرض مرة أخرى، لأنهم حُدّد لهم الانتهاء من العلاج قبل أوانه.

فهدفت هذه الدراسة إلى مراجعة أدبيات البحث التي أكدت على فاعلية استخدام مهارات التعايش (المعرفية – البيوسلوكية) فى تحسين مخرجات العلاج بالتعريض لاضطراب الهلع والأجورفوبيا.

---

[*] ***الأجوروفوبيا:** يقصد بها رهاب الخلاء أو الأماكن المتسعة.

فمن خلال مراجعة أدبيات البحث ونتائج الدراسات السابقة أُثبَت من خلالها فاعلية مهارات التعايش التقليدية سواء كانت معرفية أو بيوسلوكية فى تحسين مخرجات العلاج بالتعريض، وتمثلت مهارات التعايش المعرفية فى فنية التفكير بصوت عال (الأحاديث الذاتية) وغيرها، وبينما تمثلت مهارات التعايش في فنية الاسترخاء وغيرها من الفنيات التي تَعَمد إلى إحداث تغير بيوسلوكى لدى مرضى اضطراب الهلع والأجروفوبيا، فقد أوضحت معظم نتائج الدراسات السابقة انخفاضاً ملحوظاً للقلق وسلوك التجنب لدى مرضى الهلع والأجروفوبيا عند استخدام مهارات التعايش في العلاج بالتعريض لهم، فكان من أهم توصيات هذه الدراسة عدم الاعتماد المطلق على نوع محدد من مهارات التعايش، بل من الأفضل الجمع بين مهارات التعايش المعرفية والبيوسلوكية في العلاج بالتعريض لاضطراب الهلع والأجروفوبيا.

٤ – دراسة باكر وآخرون Baker, et al. (٢٠١٠):

عنوان الدراسة: هل التعود أمر جوهري؟ نظرية العملية الانفعالية والعلاج بالتعريض لــ الأكروفوبيا* :

Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia.

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية ميكانيزم التعود في العلاج بالتعريض لبعض المخاوف النوعية، ولاسيما الاكروفوبيا، والتي تعنى رهاب المرتفعات حيث إن بعض الأفراد ينتابهم قلق ورعب شديد عند الصعود إلى أماكن مرتفعة، وهذا الخوف يعوق ممارسة حياتهم اليومية على أكمل وجه. لذلك بحثت الدراسة الحالية نظرية العملية الانفعالية(EPT) **لــ فوا وكوذاك Foa & Kozak** (١٩٨٦)، والتي تبحث التعود كميكانيزم فعال في العلاج

---

*__الأكروفوبيا__: يقصد بها رهاب المرتفعات .

بالتعريض، حيث تنص على أن التعريض يصل للحد الأقصى عندما يتم تنشيط بنية الخوف **(IFA)**، ويبدأ هذا الخوف في الانخفاض تدريجياً خلال الجلسات **(WSH)** ، وبين الجلسات **(BSH)**؛ عند حدوث التعود.

وتكونت عينة الدراسة من "٤٩" تسعة وأربعين طالباً سجلوا درجات مرتفعة في مقياس رهاب المرتفعات، منهم "٣٥" طالباً وطالبة ، ""١٤ طالباً من الذين يقضون فترة العلاج في المؤسسة الدولية النفسية (UCIA).

واستخدمت هذه الدراسة الأدوات الآتية:

- ❖ مقياس الأكووفوبيا **(AQ)** لـــ **باكر وكوهن وسوندرز Baker, Cohen and Saunders(١٩٧٣)** خلال الجلسات.
- ❖ اختبار التجنب السلوكي **(BAT)**. ويعمل هذا المقياس كخط فاصل لتحديد مدى فعالية العلاج بالتعريض في تحقيق المكاسب الرئيسة له، حيث يطبق في نهاية جلسات التعريض، والذي يعد بمثابة تطبيق بعدي، للتحقق من مدى فعاليته، واستخدمت استبيانات التقارير الذاتية حيث تكمل عينة الدراسة "٢٠ "مفردة في مقياس القلق الذي يُعدّ مقياساً مبدئياً لقياس الأكروفوبيا.

وأكدت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من أعراض القلق والرهبة الشديدة لدى مرضى الأكروفوبيا، وذلك من خلال التعريض المتكرر للأماكن المرتفعة، وهذا يُعدّ نتيجة حتمية لحدوث التعود خلال الجلسات **(WSH)**، وبين الجلسات **(BSH)**، والذي أصبح من أهم المنبئات للتخفيف من أعراض الخوف لدى مرضى رهاب الأماكن المرتفعة.

٥- دراسة ديكون وآخرون .Deacon, et al (٢٠١٠):

عنوان الدراسة: هل استخدام سلوكيات الأمان بشكلٍ مُقنّن يُحَسِن من فاعلية وقبول العلاج بالتعريض لـــ مرضى الكلستروفوبيا* ؟

Does the judicious use of safety behaviors improve the efficacy and acceptability of exposure therapy for claustrophobic fear?

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية الاستخدام المُقنّن والمدروس للسلوكيات الآمنة في التخفيف من أعراض الخوف لدى مرضى الكلستروفوبيا، حيث كان هناك اعتقاد سائد نشره المُنّظرون في العلاج بالتعريض، ألا وهو أن السلوكيات الآمنة تلعب دوراً مُهمًا في التمركز حول الذات، وعدم تصديق الأفراد للنواحي الإيجابية في شخصياتهم، بمعنى استمرار القلق لديهم، وهذا يعني أن استخدام هذه السلوكيات يؤدي إلى استمرار الخوف، والتمركز حول الذات، وإعاقة التركيز لدى الفرد، ولا يفكر إلا في الآثار السلبية المترتبة عن هذا الموقف.

تكونت عينة الدراسة من "**٣٣**" ثلاثة وثلاثين طالباً من طلاب جامعة **ويمنج** قبل التخرج، والذي تم اختيارهم من بين "**٣٩٥**" طالباً من طلاب الجامعة، والتي تراوحت أعمارهم من "**١٨**" إلى" **٢٣**" عاماً، بمتوسط حسابي "**١٩,٥١**" عاماً. واستخدم الباحثون عدة أدوات منها:

❖ نموذج المقابلة الإكلينيكية من أجل التشخيص (**SCID**)، وهو يقوم على أساس المقابلة الإكلينيكية لتشخيص واختيار العينة وفقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية **DSM-IV**.

---

* **الكلستروفوبيا:** يقصد بها رهاب الاحتجاز أو الخوف المرضي من الأماكن المنغلقة.

- ❖ مقياس مصداقية / التوقع لـــ ديفلي وبروكسفك **Devilly & Borkovec** (٢٠٠٠) **(ECQ)**.
- ❖ اختبار المدخل السلوكي **(BAT)**.
- ❖ مقياس فوبيا الاحتجاز **(ClQ)** لـــ ريتشمان وتاريلو **Rachman & Taylor** (١٩٩٣)
- ❖ مقياس فوبيا الاحتجاز القائم على فعالية الذات **(CCSES)**.
- ❖ الإصدار الثالث لمقياس حساسية القلق **(ASI – 3)**.
- ❖ استبيان الخوف الجذري لفوبيا الاحتجاز **(CCQ)**.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن:

- ❖ استخدام السلوكيات الآمنة بشكل مقنن، تسهل مهمة البرنامج العلاجي للتعريض.
- ❖ السلوكيات الآمنة تزيد من فعالية العلاج.
- ❖ السلوكيات الآمنة تمدنا بمستوى مرتفع من القدرة على التحكم.
- ❖ كما تُعدّ الإشارات الآمنة على وجه الخصوص هي الأفضل، من بين التكنيكات المستخدمة في العلاج.
- ❖ السلوكيات الآمنة لا تعيق التغير المعرفي، بل تساعد على هذا التغير وتدّعمه.
- ❖ السلوكيات الآمنة لها أثر كبير ليس فقط على فوبيا الاحتجاز، وإنما على بقية الفوبيات.
- ❖ وأكدت هذه الدراسة أيضاً وجهة النظر الخاصة بنظرية **رتشمان Rachman** (٢٠٠٨)، الخاصة ببعض المعتقدات الجوهرية للسلوكيات الآمنة.

٦- دراسة جوزي وآ خرون.Jose, et al (٢٠٠٩):

عنوان الدراسة: العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي لـ فوبيا المدرسة.

Virtual reality exposure therapy for school Phobia.

تُعدّ فوبيا المدرسة شكلاً من أشكال الخوف من مواقف التفاعل الاجتماعي المرتبطة بالمدرسة، والذي يزداد وضوحاً عندما يُعتدَي على الطالب داخل المدرسة، سواء كان هذا العدوان مادي أو معنوي، أو يتم تهديده، أو يتعرض للنقد أو السخرية أمام زملائه، أو إجباره على التحدث أمام جمع من الناس، أو أداء امتحان شفهي، أو يُطلَب منه ممارسة رياضة معينة أمام زملائه، كل ذلك يعد سبباً لانزعاجه من المدرسة، بل ورفضه لها، وقد يصل إلى حد الخوف المرضي فيها، مما يؤدي إلى العديد من المشكلات الاجتماعية والأكاديمية له، حيث يُظهِر أداء مدرسيًّا منخفضاً، فضلاً عن الرسوب المتكرر، لذلك هدفت هذه الدراسة إلى استخدام العلاج بالتعريض في التخفيف من هذه الفوبيا باعتباره الأكثر شيوعاً وانتشاراً، ويأخذ التعريض أشكالاً منها التعريض الواقعي، والتعريض للواقع الافتراضي.

وتكونت عينة الدراسة من "٣٠ "طالباً ممن يعانون من فوبيا المدرسة، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة وعددها "١٢" طالباً، ومجموعة تجريبية وعددها "١٨" طالباً، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٢ – ١٨ عاماً بمتوسط ١٥،٣، وانحراف معياري ١,٥٨. وقد استخدمت الدراسة الأدوات الآتية:

- مقياس **بيك** للقلق.
- استبيان تشخيص الفوبيا المدرسية.
- برنامجاً علاجياً قائماً على تصميم بعض البيئات الافتراضية التي تمثل بيئة المدرسة بما تتضمنه من تفاعلات اجتماعية.

وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة على وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، لصالح المجموعة التجريبية، كما أكد على فاعلية العلاج بالتعريض للبيئات الافتراضية في التخفيف من فوبيا المدرسة لدى عينة الدراسة، واقترح الباحثون أيضاً أن العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي سيكون له أثر فعال في علاج الفوبيا الاجتماعية.

٧- دراسة ملك كرون وآخرون McCrone, et al. (٢٠٠٩):

استخدام الحاسوب الشخصي في العلاج بالتعريض للفوبيا واضطراب الهلع : تقييم التَكلُفة المادية.

Computer – Aided self exposure therapy for phobia / Panic Disorder : A pilot Ecomomic Evaluation

تُعدّ اضطرابات القلق واضطراب الهلع من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، فهدفت هذه الدراسة إلى تصميم برنامج علاجي قائم على التعريض للمثيرات المرهوبة باستخدام الحاسوب الشخصي من أجل التخفيف من اضطرابات القلق، والفوبيات النوعية، واضطراب الهلع مثل محارب الخوف"**Ff**" * الذي يشير إلى مواجهة الفرد للمثيرات المرهوبة بالنسبة له أو تمثيلها على سطح مكتب الكمبيوتر، بدلاً من مواجهته لها في البيئة الطبيعية، وهدفت أيضاً إلى حساب التكلفة المادية لهذا البرنامج القائم على استخدام الحاسوب ومدى فاعليته في العلاج بالتعريض.

وتكونت عينة الدراسة من" **٦٢**" مريضاً ممن يعانون من الفوبيات النوعية واضطراب الهلع،" **٦٠**" ستون منهم يعانون من الفوبيات النوعية، "٢ " إثنين منهم يعانون من اضطراب الهلع، علماً بأنه تم تشخيصهم وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية **DMS-IV**.

---

* **Fear Fighter : Ff (محارب الخوف):** وهوالنظام القائم على استخدام الحاسوب في العلاج، والذي يتمثل في اعتماد المريض على ذاته عند مواجهته للمثيرات المرهوبة بالنسبة له على سطح مكتب الحاسوب.

وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة علـــى أن اســـتخدام الحاســـوب فـــي العـــلاج بالتعريض يُعدّ أقل تكلفة من التعريض للبيئة الواقعية، بالإضافة إلى أن هـــذا البرنامج العلاجي أظهر انخفاضاً ملحوظاً في اضطرابات القلق، لذلك كـــان من الأفضل استخدام الحاسوب في العلاج بالتعريض وفقاً(Ff) ، فقـــد بلغـــت التكلفة "٦٤ "جنيهاً استرالينى، بينما تكلف العلاج بالتعريض الذي يقـــوم بـــه المعالج الإكلينيكي "١٢٨ "جنيهاً استرلينى.

٨- دراسة ليوتجب وآخرون.Leutgeb, et al(٢٠٠٩):

عنوان الدراسة: دراسة الأحداث المرتبطة بالقوة الكامنة للعلاج بالتعريض لمرضى فوبيا العنكبوت:

An event – related potential study on exposure therapy for patients Suffering from spider phobia

تعد فوبيا العنكبوت أحد اضطرابات القلق الأكثر شيوعاً لدى الإناث وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المُعدّل للاضطرابات النفسية والعقلية (٢٠٠٠) **DSM-IV-TR**. فهدفت هذه الدراسة إلى معرفة آليات الفعل المرتبطة بالقوى الكامنة للعلاج بالتعريض **ERP**، وما تحدثه من تغييرات في البنية العصبية للمرضى، وذلك لدى عينة من الإناث اللاتي يعانين من فوبيا العنكبوت.

وتكونت عينة الدراسة من "٤٥" سيدة ممن يُعانّين من فوبيا العنكبوت كمجموعة تجريبية، و"٢٠" سيدة أخرى كمجموعة ضابطة.

واستخدمت هذه الدراسة الأدوات التالية:

- مقياس فوبيا العنكبوت **(SPQ)** **لـــ كلورمان وآخرون (Klorman & Weerts & Hastings & Melamed and Lang) (١٩٧٤)**
- بيانات التقارير الذاتية .
- اختبار تجنب السلوك.

وتوصلت الدراسة إلى :

- ❖ فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من درجة الخوف التي قد تصل إلى حد الذعر لدى مرضى فوبيا العنكبوت، وذلك باستثمار القوة الكامنة للحدث والمرتبطة بالبنية العصبية للخوف لدى المرضى؛ من أجل إحداث تغيرات معرفية سلوكية لدى المرضى عينة الدراسة.
- ❖ اختلاف رد فعل المجموعة التجريبية من مرضى فوبيا العنكبوت، عن المجموعة الضابطة في التعامل مع صور العنكبوت، كما أن أفراد العينة التجريبية أشرن إلى أن صورة العنكبوت أثارت لديهن مستويات مرتفعة من السلبية، والخوف، ومشاعر الاشمئزاز .
- ❖ والخلاصة التي يمكن استخلاصها من هذه الدراسة هو إرتكازها على القوة الكامنة الانفعالية لاستجابة الخوف التي تعتمد على الشبكة العصبية الخاصة بالمريض، والذي يُعدّ من أهم الميكانيزمات الفاعلة في العلاج بالتعريض التي تؤكد على الدور الذي تلعبه الأعين وحاسة البصر في إثارة تلك البنية.
- ❖ فاعلية التدخلات المعرفية التي تستند إلى استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي في العلاج بالتعريض لمرضى فوبيا العنكبوت، وكذلك فاعلية استخدام فنية التحصين التدريجي عند تعريض عينة الدراسة للعنكبوت (المثير المرهوب) على المسافات الآتية: ٧٧٠سم، ثم ٥٥٠ سم، ثم ٣٠٠ سم، ومن خلال ملاحظة زيادة قدرة المريضات على التحكم في أنفسهن، الأمر الذي أكد فعالية هذا العلاج في التقليل والتخفيف من فوبيا العنكبوت.

٩-دراسة تلفورز وآخرون .Tillfros, et al (٢٠٠٨):

معالجة طلاب الجامعة ذوي الفوبيا الاجتماعيـــة ومخـــاوف معانـــاة التحدث العام: فاعلية مساعدة المريض لنفسه من خلال استخدام الانترنت مع أو بدون استخدام مجموعات لجلسات التعريض.

Treating University Students with social phobia and pubic speaking fears : Internet delivered self – Help with or without live group exposure sessions.

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على اعتماد المريض على ذاته في العلاج وذلك من خلال تواصله عبر الانترنـــت مع المعالج الذي يعمل على إرشاده ونصحه، وذلك لدى عينـــة مـــن طـــلاب الجامعة ممن يعانون من الفوبيا الاجتماعية وقلق التحدث العام، وكان هدفـــه الأساسي وهو اختبار مدى فاعلية هذا البرنامج القائم علـــى الاعتمـــاد علـــى الذات عند إضافة خمس جلسات للعلاج بالتعريض الجماعي عبـــر البيئـــات الواقعية.

وتكونت عينة الدراسة من" ٣٨" طالباً، ممن يعـــانون مـــن الفوبيـــا الاجتماعية وذلك وفقاً للقائمة التشخيصية والإحصائية للاضطرابات النفـــسية والعقلية الإصدار الرابع (**DSM-IV**)، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين، الأولى: المجموعة العلاجية التي تتلقى علاجها عبر الإنترنت مضاف إليهـــا خمس جلسات للعلاج بالتعريض الجماعي أثناء التعريض الواقعي، والثانيـــة: المجموعة العلاجية التي تلقت علاجها من خلال برنامج انترنـــت متـــضمناً العلاج المعرفي السلوكي بمفرده. واستخدام الباحثون مجموعة مـــن الأدوات، منها مقياس الاكتئاب **"MADRS-SR), Monrgomery Asberg)**، واستمر العلاج لمدة تسعة أسابيع، وتكونت جلـــسات التعـــريض إعطـــاء الفرصـــة للمشاركين في مواجهة المثيرات المرهوبة بأنفسهم، ومحاولة التحـــدث أمـــام

الآخرين بدون خوف، مستخدماً في ذلك بعض الفنيات كالإشـــارات الآمنـــة، والاسترخاء، والتعزيز، وفيما يلي عرض موجز لجلسات البرنامج العلاجي:

- ❖ بدأت الجلسة الأولى بتدريب المريض على تقديم نفسه، مع وجود النيـــة بأن كل المشتركين عليهم أن يمتلكوا القدرة على قول مقدمة بسيطة أمام مجموعة من الأفراد، أو يطلب منهم أن يقولوا أسماءهم بوضوح، ويـــتم في هذه الجلسة تصحيح بعض الأفكار الأُتوماتيكية الخاطئة مـــن خـــلال التغذية المرتدة من قبل المعالج.

- ❖ بينما شملت الجلسة الثانية إلى الجلسة الرابعة مهمة التقديم الـــشفهي ذات الخمس دقائق، والتي تم تسجيلها عبر الفيديو، ثم أخذ المـــشاركون هـــذا الشريط لمنازلهم لمشاهدته كواجب منزلي، ويبدأ المعالج فـــي مراجعـــة تدرج قدرة المرضى على تقديم أنفسهم قبل وبعد الجلسة.

- ❖ ثم تأتي الجلسة الخامسة والأخيرة لتشمل إعطاء المريض مقدمة ويطلب منه عرضها أمام مجموعة المشاهدين، على أن يتم تسجيلها على شريط فيديو، ويأخذه المشارك لمشاهدته كواجب منزلي.

وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة على تحسن كلتا المجموعتين في العـــلاج، ولكن أظهرت المجموعة الأولى المستخدمة بعض جلسات التعريض الواقعي تفوقاً ملحوظاً في العلاج وذلك في القياس البعدي، عـــن مجموعـــة العـــلاج بالإنترنت فقط، وذلك وفقاً للقائمة التشخيـــصية والإحـــصائية للاضـــطرابات النفسية والعقلية (الإصدار الرابع) (DSM-TV)، واستمر هذا التحسن خـــلال فترة المتابعة لمدة عام.

وتعقب الباحثة على هذه الدراسة :

أنها لم تقتصر الباحثة في إعدادها للبرنامج العلاجي الحالي على شكل واحد من أشكال التعريض، فقد استخدمت الباحثة فـــي برنامجهـــا العلاجـــي جلسات خاصة بالتعريض لبعض مواقف التفاعل الاجتمـــاعي علـــى ســـطح مكتب الكمبيوتر، وكذلك جلسات خاصة بالتعريض لمواقف اجتماعية واقعية؛ لتُصبِغ البرنامج المُعدّ بصبغة عملية تطبيقية ولضمان استمرار أثـــره لفتـــرة أطول، استناداً منها إلى نتائج الدراسة السابقة، كما أنها قد استعانت بـــبعض فنيات العلاج بالتعريض المستخدمة في هذه الدراســـة كالإشـــارات الآمنـــة، والاسترخاء، والتعزيز.

١٠- دراسة بيري وآخرون Berry, et al. (٢٠٠٨):

عنوان الدراسة: الاحتفاظ بالكَفّ يتنبأ بتَحَسُن أعـــراض القلـــق الاجتمـــاعي خلال متابعة العلاج بالتعريض.

Extinction Retention Predicts Improvement in Social Anxiety Symptoms following Exposure Therapy.

تهدف هذه الدراسة إلى توضيح أهمية التَعلُم المكتسب عـــن طريـــق كَفّ استجابة الخوف يزيد من فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من القلق الاجتماعي، وذلك في القياس البعدي وبعد فترة المتابعة، باعتبار أن انطفـــاء استجابة التجنب هي أهم نواتج العلاج بالتعريض والذي يعمد إلى كَفّ سلوك التجنب بتعلم اجتماعي صحيح، وقد تكونت عينة الدراسة من "**٩٠**" مريـــضاً ممن يعانون من اضـــطراب القلـــق الاجتمـــاعي، والـــذين تـــم تشخيـــصهم وفقاً للـــدليل التشخيـــصي والإحـــصائي الرابـــع للاضطرابـــات النفـــسية والعقليـــــة (**DSM-IV**). واستخدمت الدراسة مقيـــاس القلـــق الاجتمـــاعي (**لـــ ليبوتز Liebowitz**)، مقياس الاكتئـــاب **لـــــ بيـــك**، اختبـــار التفاعـــل

الاجتماعي، وقد تم عمل إعداد برنامج علاجي قائم على التعـريض بنوعيـه التخيلي والواقعي.

وتم تطبيق جلسات البرنامج على عينة الدراسة، فلُوحِظ أن التعريض يُحدِث انطفاء لسلوك التجنب لدى عينة الدراسة، كما كانوا أكثر احتفاظاً بالانطفاء خلال المتابعة وهذا ما تبين من خلال تطبيق مقياس القلق الاجتماعي على العينة أثناء جلسات العلاج وحلال فترة المتابعة، فقد أكدت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة في القياس البعدي وقياس ما بعد فترة المتابعة؛ مما يؤكد على فاعلية العلاج بالتعريض في انطفاء سلوك التجنب لدى أفراد العينة، بل وضمان استمرار هذا الانطفاء.

۱۱-دراسة إنان Inan (۲۰۰۸):

عنوان الدراسة: الواقع الافتراضي والفوبيا الاجتماعيـة : إعـادة تـصميم الموقف الاجتماعي في الواقع الافتراضي.

Virtual Reality and social Phobia : Recreating a Social Situation in Virtual Reality

يعد الواقع الافتراضي تكنولوجيا تسمح للمستخدم بالتفاعل مـع بيئـة المماثلة بالكمبيوتر، وهي من الممكن أن تتيح أداة قوية وفعالة فـي العـلاج المستقبلي للفوبيات، وأحد تطبيقات الواقع الافتراضي هو العلاج بـالتعريض للواقع الافتراضي، والذي فيه يتم إدخال مريض الفوبيا إلى بيئـة افتراضـية تحتوى على المثيرات المخيفة بدلاً من وضعه في بيئـة واقعيـة أو تخيـل المثيرات. واستهدفت هذه الدراسة فحص ما إذا كـان الموقـف الاجتمـاعي المماثل في البيئة الافتراضية النموذجية، قادراً على استدعاء نفس الاسـتجابة السلوكية مثل الموقف في الحياة الواقعية، وذلك من خـلال تطبيـق العـلاج بالواقع الافتراضي في علاج الفوبيا الاجتماعية.

وتم فحص حالتين في البيئة الافتراضية النموذجية لتقييم ما إذا كانت قادرة على إعادة خلق السلوك الاجتماعي للأفراد، الأولى فحصت إذا ما كان المشارك الذي يدخل حجرة مزدحمة في البيئة الافتراضية يفضل أن يأخذ مقعداً خاصاً به هو فقط، والثانية توضح ما إذا كان المشارك في البيئة الافتراضية لديه الاتجاه لكي يبتعد بنفسه من الناحية المادية عن الغرباء عندما يختار مقعداً في حجرة مليئة بالأغراب. ولقد قاموا بتغطية التصميم النموذجي للموقف الاجتماعي في العالم الافتراضي، وتطبيقه بفنياته حقق نتائج فعّالة في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية.

وأوضحت هذه الدراسة أن العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي لديه مجموعة من المميزات ، متمثلة في سرعة العلاج، والضبط الشديد، والأمان، وأقل تكلفة، وأكثر قدرة على التحكم في المدة وعدد مرات التكرار، والتدرج في التعريض.

١٢- دراسة برينكمان وآخرون .Brinkman, et al (٢٠٠٨):

العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي من أجل الفوبيا الاجتماعية: دراسة استطلاعية في استدعاء الخوف في العالم الافتراضي.

Virtual reality exposure therapy for social phobia : a pilot study in Evoking fear in virtual world.

تُعدّ الفوبيا الاجتماعية واحدة من أكثر اضطرابات القلق حدوثاً، ومن المقدر أنها تُصِيب **(١٣,٣%)** من الأفراد في المجتمع الأمريكي، و**(٦،٧%)** من الأفراد في المجتمع الأوروبي أثناء حياتهم، وتتضمن تأثيرات الفوبيا على المرضى: الاكتئاب والإساءة المادية، (إدمان الكحوليات والمخدرات)، والعلاقات الاجتماعية المقيدة (الرومانسية، والتخصصية، والتفاعلات الاجتماعية الرسمية اليومية)، والأداء التعليمي والعملي. والأفراد ذوو الفوبيا الاجتماعية لديهم خوف شديد من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية، مثل الحديث في مكان عام، أو دخول الحجرة مع آخرين، أو طلب الطعام في

المطعم...وغيرها، وبصورة عامة فإن هؤلاء الأفراد يخافون من التصرف بصورة مخزية أو مربكة في هذه المواقف، وأن الآخرين سوف يحكمون عليهم بأسلوب سلبي بسبب علامات الخوف التي يظهرونها.

وبالرغم من إدراك هؤلاء المرضى أن خوفهم غير عقلاني فهم يشعرون بعدم الارتياح الشديد، والذي يتسبب في تجنب السلوك مثل عدم حضور الحفلات، أو تغيير وظيفتهم؛ فمن هنا جاء هدف هذه الدراسة في استخدام العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي في علاج الفوبيا الاجتماعية، ولقد تم تصميم أربع بيئات افتراضية لإعادة خلق المواقف والتي يشعر فيها الأفراد ذوو الفوبيا الاجتماعية بعدم الارتياح من خلال تصميم أربعة سيناريوهات اجتماعية، متمثلة في توقيف الأوتوبيس وذلك (عندما يطلب المريض من السائق أن يصل إلى مكان محدد)، ومحطة القطار والتي (يسأل فيها المريض متى سوف يصل القطار)، محل الملابس والتي (يطلب فيها المريض أن يشترى قميصاً)، والحصول على مقعد استقبال في المطعم والتي (يطلب فيه المريض الحصول على منضدة).

وتكونت عينة هذه الدراسة من "١٨ "طالباً في المرحلة الثانوية، تراوحت أعمارهم ما بين "١٦" –" ١٨" عاماً. حيث تم تعريض عينة الدراسة على هذه السيناريوهات، بدلاً من طريقة العلاج بالتعريض التقليدية للواقع الحي (التعرض للمواقف الحقيقية في الحياة الواقعية)، أو بالعلاج المعرفي السلوكي. وبالرغم من أن التعرض الحي يُعد طريقة فعالة ولكنها محدودة بسبب عدم القدرة على التنبؤ بمعظم المواقف الاجتماعية، وذلك لاعتمادها على ردود أفعال الآخرين، فجاءت أحد الأساليب في التغلب على هذه المشكلات وهو استخدام العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي، والذي فيه يتم إدخال المرضى في واقع افتراضي للمواقف التي يخافونها. وأُعِد هذا

البحث عملاً قائماً على تصميم وتقييم العالم الخاص بالواقع الافتراضي والذي يستخدم في علاج أو تدريب الأفراد ذوى الفوبيا الاجتماعية.

ومن خلال معرفة ما إذا كان تضمين العناصر الأكثر ديناميــة فــي سيناريوهات الواقع الافتراضي، سيتيح الفرصة للمعالج أن يضبط العناصــر المثيرة للقلق، ولقد تم تصميم هذه البيئات كجزء من مقدمــة لــنظم العــلاج بالواقع الافتراضي في المرحلة الجامعية من أجل طلاب المدرســة العاليــة. ولقد أوضحت نتائج الدراسة أن هذه المواقف قادرة علــى اســتدعاء القلــق، ومعالجة الاستجابات السلوكية واللفظية للتجسيدات الإنسانية من الممكــن أن تعطي المعالجين القدرة على ضبط مستوى العناصر التي تستدعي الخوف في هذه العوالم، مما ساعد على التخفيف من الفوبيــا الاجتماعيــة لــدى عينــة الدراسة.

١٣– بفلات وآخرون .Peflate, et al (٢٠٠٨):

عنوان الدراســة: فاعلية العلاج القــائم علــى اســتخدام التعــريض للواقــع الافتراضي والعلاج المعرفي السلوكي الذى يــتم تطبيقــه على مرضى الأجورافوبيا* .

The effects of a treatment based on the use of virtual reality exposure and cognitive behavioral therapy applied to patients with agoraphobia.

لقد أثبتت الدراسات فاعلية العــلاج بــالتعريض للبيئــات الفوبيويــة الخاصة بالواقع الافتراضي مع مرضى رهاب الخلاء المزمن، حيــث يُعــدّ التعريض للمثير الافتراضي المرهوب إجراءً جيداً، ومفيداً في علاج معظــم

* **الأجوروفوبيا:** يقصد بها رهاب الخلاء.

اضطرابات القلق؛ ولكن على الرغم مـــن ذلـــك اتـــضح أن هنـــاك بعـــض المشكلات النوعية الخاصة برهاب الخلاء من حيث قدرتهم على تقدير المثير الفوبيوي، وبعض الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المسيطرة عليهم،.

لذلك جاء هدف هذه الدراسة قائماً على إختبار عـــلاج مخـــتلط مـــن العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي(**VRET**)، والعلاج المعرفـــي الـــسلوكي(مقارنة بالمنهج المعرفي التقليدي (**CBT**) ، في التخفيف من فوبيـــا الخـــلاء. وتكونت عينة الدراسة من "**١٥**" مريضاً من الذين يعانون من فوبيا الخـــلاء المزمنة، وتراوحت أعمارهم ما بين" ٢٨" إلى "**٥٦**" عاماً، بمتوسط عمـــري "**٣٧,١**".

وقسمت العينة إلى مجموعتين، الأولى: عددها "**٢**"، وتلقـــت العـــلاج بالتعريض للواقع الافتراضي، والثانية: عددها "**١٣**" وتلقت العلاج المعرفـــي السلوكي، وكلتا المجموعتين تلقت "١١" جلسة مـــن العـــلاج شـــملت فيهـــا إجراءات القياس البعدي، واختبار التجنب السلوكي الموجز (**BAT**).

وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً مُهمًّا لدى أفراد عينة الدراســـة مـــن حيث الإدراك، والإحساس بالذات، وانخفاض مستوى القلق والاكتئاب، وبعـــد ثلاثة أشهر تم تطبيق اختبار التجنب السلوكي (**BAT**) على كلتا المجموعتين، وجاءت النتيجة أن كلتا المجموعتين أظهرت القدرة على التعامل مـــع البيئـــة الفوبيوية سواء كانت افتراضية أو واقعية، وتم وضع مجموعة من التوصيات التي تمكنهم من التغلب على الصعوبات التي تواجه تطبيق العلاج بالتعريض بالواقع الافتراضي لرهاب الخلاء.

١٤- دراسة نوربجر وآخرون .Norberg, et al (٢٠٠٨):

عنوان الدراسة: التحليل الفائق لـــ د.سيلكوسيرين[*] والتسهيلات التي يقدمها في انطفاء الخوف والعلاج بالتعريض.

A meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy.

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية د.سيكلوسيرين () الذي يعمل على ارتخاء العضلات، مما يساعد على انطفاء استجابة الخوف أثناء العلاج بالتعريض؛ عن طريق تقوية الحامض الأميني المتمثل في ن.ميثيل الجزئي (**NMDA**) الذي يعد المسئول عن تقوية إثارة ذاكرة الخوف لدى المريض.

وتكونت عينة الدراسة من" **٢٩**" مريضاً، ممن يعانون من اضطرابات القلق، تراوحت أعمارهم من" **٣١ – ٤٩** "عاماً، وتم دراسة قدرة (**DCS**) في تسهيل انطفاء استجابة الخوف أثناء العلاج بالتعريض، بالمقارنة بانطفاء استجابة الخوف أثناء العلاج بالتعريض عن استخدام (**PBO**)، وذلك في القياس القبلي والبعدي.

وتوصلت الدراسة من خلال التحليل الفائق إلى أن عقار **DCS** يؤثر في انطفاء استجابة الخوف خلال العلاج بالتعريض، بل وله الأثر الأكبر لدى جميع عينات الدراسة، مما يزيد من فعالية العلاج وضمان نجاحه. وأكدت الدراسة أيضاً على أن العلاجات القائمة على التعريض فعالة في علاج اضطرابات القلق. واقترحت هذه الدراسةً أن عقار **DCS** هو عقار مفيد، لما له من الأثر الكبير على التركيبة العصبية للإنسان، حيث يحفز الحامض الأمينى (**NMDA**) ،الذي يؤثر على انطفاء استجابة الخوف، لأن التقليل من هذا الحامض ينشط ذاكرة الخوف لدى المريض، والذي يؤدي إلى تقليل عدد

---

[*] **د. سيلكوسيرين "DCS": هو حامض أمينى مُكتَشف.**

الجلسات أثناء العلاج بالتعريض فهو يستخدم كعامل مساعد في أثناء وخلال جلسات التعريض، حيث يتم إعطاؤه قبل وبعد كل جلسة.

١٥-دراسة بالاشيوس وآخرون .Palacios, et al (٢٠٠٧):

عنوان الدراسة: مقارنة معدلات التقبل والرفض للتعريض للواقع الافتراضي في مقابل التعريض الواقعي، لدى المرضى ذوى الفوبيات النوعية.

Comparing Acceptance and Refusal Rates of Virtual Reality Exposure vs. In Vivo Exposure by Patients with Specific Phobias

تهدف هذه الدراسة إلى مقارنة معدلات التقبل والرفض للتعريض للواقع الافتراضي في مقابل التعريض الواقعي لدى المرضى ذوى الفوبيات النوعية، حيث تسعى هذه الدراسة إلى التعرف ميول واتجاهات الأفراد ذوي الفوبيات النوعية نحو التعريض للعلاج بالواقع الافتراضي أو العلاج بالتعرض للمثيرات الحية .وتكونت عينة الدراسة "**150**" طالباً من طلاب المرحلة الجامعية ممن يعانون من فوبيات نوعية متنوعة مثل **(** فوبيا الحيوانات، والفوبيا الاجتماعية كالخوف من الحديث العام**)**، تراوحت أعمار العينة من "١٨" إلى "**٢٥** "عاماً والتي تم تشخيصها وفقاً للقائمة التشخيصية والإحصائية الرابعة للاضطرابات النفسية والعقلية **(DSM-IV)**. واستخدمت الدراسة الأدوات الآتية: جدول المقابلة لاضطرابات القلق، واختبار التجنب السلوكي، واستبيان التقارير الذاتية للفوبيا الاجتماعية.

وجاءت نتائج الدراسة موضحة أن **(٧٦ %)** من عينة الدراسة اختاروا التعريض للواقع الافتراضي في مقابل التعرض الحي، ومعدل الرفض للتعريض الحي بلغ(**٢٧%)**، وهو معدل أعلى من معدل الرفض للتعرض للواقع الافتراضي **(٣%)**، كما بينت الدراسة أن التعرض للواقع

الافتراضي من الممكن أن يزيد من عدد الأفــراد الــذين يطلبــون العــلاج التعريضي للفوبيات، لأنها تقلل من حدة القلق الذي ينتــابهم عنــد مواجهــة المواقف الواقعية المرعبة، واعتبروا هذا النوع من العلاج جــذاب ومبتكــر، والبعض قالوا: إن أهم مزاياه أنه من الصعب ضبط البيئة الطبيعية.

١٦-دراسة كرجن وآخرون Krijn, et al(٢٠٠٧):

عنوان الدراسة : هل تُدّعم الأحاديث الذاتية فاعلية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي؟ تقييم مقارن في الأكروفوبيا.

Do Self – Statements enhance the effectiveness of virtual reality exposure therapy? A comparative evaluation in acrophobia.

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من مدى تأثير الأحاديث الذاتية المتكررة على كفاءة وفعالية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي" **VRET** " للأكروفوبيا (الخوف من المرتفعات). وتكونت عينة الدراسة من "**٢٦**"مريضاً مما يعانون من الأكروفوبيا، وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الخاص بالفوبيا النوعية **DSM-1V** (**١٩٩٤**) ، وتراوحت أعمارهم ما بين "**٢٢**"–"**٣٦**" عاماً، بمتوسط عمري" **٢٩,٧**" عاماً، وقد تم إعداد برنامج علاجي قائم على التعريض للواقع الافتراضي المصمم من أجل الأكروفوبيا، حيث يتم تطبيق جلسات خاصة باستخدام فنية أحاديث الذات، والتي يعقبها جلستان متعلقتان بـــ **VRET**.

وجاءت نتائج الدراسة موضحة وجود فرق دال إحصائياً بين التطبيــق القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، مما أكد دعم وتقوية أحاديــث الــذات كتكنيك علاجي في التقليل من حدة اضطراب فوبيا المرتفعات، كما أنها قللت

من تجنب أفراد العينة للأماكن المرتفعة، علماً بأنه استمرت فتـــرة المتابعـــة ستة أشهر بعد العلاج.

١٧- دراسة بارسونز وريزو Parsons and Rizzo (٢٠٠٧):

عنوان الدراسة: فعالية مخرجات العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي للقلق والفوبيات النوعية : ما وراء التحليل.

Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias : A meta analysis.

هدفت هذه الدراسة إلى عمل مسح شامل للدراسات التي تناولت مدى فاعلية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي في التخفيف من أعراض اضطرابات القلق والفوبيات النوعية، حيث اعتمدت هذه الدراسة على "**٥٢**" دراسة، تركزت على "**٣٠٠**" مادة لها خاصية الشمول حيث شملت اضطرابات القلق، اضطراب الهلع، اضطراب الضغط الناشيء ما بعد الصدمة، والفوبيات النوعية والأكروفوبيا، وفوبيا الطيران، والفوبيا الاجتماعية، وفوبيا العنكبوت.

وقامت هذه الدراسة بعمل تحليل فائق لهذه الدراسات، ومعرفة أثر العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي في علاج هذه الاضطرابات.

واستخدمت هذه الدراسة الأدوات التالية:

- التقارير الفاصلة أو البيانات التناسبية.
- قائمة بيانات عن أعراض القلق قبل وبعد التعريض للواقع الافتراضي .
- تقارير عن الحد الفاصل (النقطة الحرجة) التي يتوقف عندها التعريض.

وأكدت نتائج الدراسة من خلال التحليل الفائق على فعالية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي في التخفيف من أعراض الخوف في

اضطرابات القلق، والفوبيات النوعية. وأكدت الدراسة أيضاً من خلال مراجعة أدبيات البحث:

❖ أن هناك أربع "٤" دراسات تناولت العلاج بالتعريض للفوبيا الاجتماعية، واستخدمت في ذلك مقياس : ليبوتز **Liebowitz** للقلق الاجتماعي، واستبيان المواقف الاجتماعية، وتقارير إدراك التواصل الاجتماعي ومقياس **شيهان Sheehan**. وكانت عينة الدراسة **٤٠**" مريضة وجاءت نتيجة التحليل **٧،٣٦** .

❖ أرشونو فوبيا، واستخدم فيها مقياس الخوف من العنكبوت، ومقياس فعالية الذات المُدركة تجاه العنكبوت، وكان عدد الدراسات "**٤**" دراسات، وتكونت عينة الدراسة من "**٥٩**" مريضاً، وجاءت نتيجة التحليل **١٢،٨٣**

❖ دراسات تناولت الأكروفوبيا، وكان عددها "**٤**" دراسات، واستخدمت مقياس الأكروفوبيا، ومقياس الميل تجاه المرتفعات، وتكونت عينة الدراسة من "**٥٤**" مريضاً، وجاءت نتيجة التحليل "**٧،١١**".

❖ دراسات تناولت الأجورافوبيا، وكان عددها "**٣**" دراسات، واستخدمت استبيان سبلرجر للقلق، فهرس حساسية القلق، مقياس خصائص الجسم، ومقياس معتقدات الألم، واستبيان التركيب المعرفي للأجورافوبيا، ومقياس الخوف، وتكونت عينة الدراسة من "**٥٤**" مريضاً، وجاءت نتائج التحليل **٧،٣٤** .

١٨-دراسة كلارك وآخرون Clark, et al. (٢٠٠٦):

عنوان الدراسة: العلاج المعرفي في مقابل التعريض وتطبيق الاسترخاء في الفوبيا الاجتماعية.

Cognitive Therapy Versus Exposure and applied Relaxation In Social Phobia.

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من مـــدى فاعليـــة العـــلاج المعرفـــي بالأسس السلوكية القائمة على العلاج بالتعريض، والاسترخاء التطبيقي فـــي مواجهة المواقف المخيفة، من أجل التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعيـــة. وتكونت عينة الدراسة من "**٢٦**" مريضاً ممن يعانون من الفوبيا الاجتماعية، وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضـــطرابات النفـــسية والعقليـــة **DSM-1V**، وقد تراوحت أعمار عينة الدراسة من" **٢٠** "إلـــى" **٤٢** "عامـــاً، بمتوسط حسابي" ***٣٢،١***"، وقد تم تـــوزيعهم علـــى مجمـــوعتين، الأولـــى: مجموعة العلاج المعرفي، والثانية: مجموعة العلاج بالتعريض والاسترخاء، واستخدمت هذه الدراسة الأدوات الآتية: مقياس القلق الاجتمـــاعي، مقيـــاس الاكتئاب لبيك، اختبار التفاعل الاجتماعي.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دالة إحـــصائية بـــين مجموعتي الدراسة لصالح المجموعة التجريبية الخاصة بالعلاج بـــالتعريض في مقابل العلاج المعرفي، مما أكد على فاعليـــة العـــلاج بـــالتعريض فـــي التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية، وأكدت أيضاً على فاعلية اســـتخدام الاسترخاء كفنية في العلاج بالتعريض.

١٩-دراسة نورمان .Norman,E (٢٠٠٦):

عنوان الدراسة: الاستعانة بالكمبيوتر في مقابل التدريس بواســـطة مـــدربين في العلاج بالتعريض للفوبيا.

Computer – Aided VS. Tutor – Delivered Teaching of Exposure Therapy for Phobia.

أكدت العديد من الدراسات على فاعلية العلاج بـــالتعريض فـــي عـــلاج اضطرابات القلق (الفوبيات النوعية، والأجورافوبيا، والفوبيـــا الاجتماعيـــة). واستهدفت هذه الدراسة التحقق من فعالية الاستعانة بالكمبيوتر فـــي تـــدريس

كيفية العلاج بالتعريض لمواجهة المواقف المخيفة، في مقابل الاعتماد على مدربين متمرسين في هذا العلاج؛ لأن الطرق التقليدية عالية التكلفة. وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى فاعلية الاستعانة بالكمبيوتر في تدريس كيفية العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا.

وتكونت عينة الدراسة من "**۳٥**" طالباً من جامعة **إكسفورد**، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تكونت الأولى من "**۱۷**" طالباً تلقوا أسس العلاج بالتعريض ولكن باستخدام الكمبيوتر، والمجموعة الثانية عددها "**۱۸**" طالباً تلقوا أسس العلاج بالتعريض ولكن بواسطة مدربين. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى" **۰,۰٥**" بين مجموعتي الدراسة، لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت أسس العلاج ولكن باستخدام الحاسوب من المجموعة التي تلقت العلاج ولكن بالطريقة التقليدية، ومن هنا فإن التدريس باستخدام الكمبيوتر أثبت فاعليته في التدريس لطلاب الجامعة أسس العلاج بالتعريض من أجل التخفيف من أعراض الفوبيا.

۲۰-دراسة كلينجر وآخرون Klinger, et al,. (۲۰۰٦):

عنوان الدراسة : التعريض للواقع الافتراضي في علاج الفوبيا الاجتماعية.
Virtual Reality Exposure In the Treatment of Social Phobia.

تهدف هذه الدراسة التحقق من فاعلية استخدام العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي في علاج الفوبيا الاجتماعية، وذلك لدى عينة تكونت من" **۳٦**" مريضاً(**۱۷** من الذكور،**۱۹** من الإناث) ممن يعانون من الفوبيا الاجتماعية طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية، وتراوحت أعمارهم ما بين "**۱۸**"– "**٦٥**"عاماً، وتم توزيعهم على مجموعتين، **الأولى**، مجموعة العلاج المعرفي السلوكي **(CBT)**، **والثانية:** مجموعة العلاج بالواقع الافتراضي **(VRET)**. واستخدمت الدراسة مقياس

القلق الاجتماعي(**لــ ليبــوتز Liebowitz**) ويتكــون مــن "**۳۰**" مفــردة، والتقارير الذاتية الذي يتكون من "**٢٤**" مفردة، ومقيــاس الاكتئــاب والقلــق **(HAD)**، والصورة المختصرة من مقياس الاكتئاب لبيك، وجدول التوكيديــة، واختبار التفاعل الاجتماعي، واستبيان تقييم القلق في السياقات الاجتماعية.

وقد تم اختيار أربعة مواقف للتعريض، وصمم لهــا أربــع لوحــات لقصة البيئة الافتراضية، كل لوحة خاصة بحالة خاصة تعــاني مــن القلــق الاجتماعي، وهدفها هو التقليل والتخفيف من عــدم ارتيــاح المــريض فــي المواقف الواقعية المماثلة، وتمثلت لوحات القصة في:

- **لوحة القصة رقم ١:** التعامل مع قلق التوكيدية، وموضــوعها "حمايــة اهتمامات الفرد، ووجهات نظره، كونك محترماً".
- **لوحة القصة رقم ٢:** التعامل مع قلق الألفة والمودة، وموضــوعها هــو "تأسيس العلاقات، والتعامــل مــع الجيــران، والأصــدقاء، والحــديث المصغر".
- **لوحة القصة رقم ٣:** التعامل مع قلق الملاحظة، وموضــوعها "القيــام بالفعل عندما يلاحظنا آخرون، كونك موضع تفحص أو تدقيق".
- **لوحة القصة رقم ٤ :** التعامل مع قلق الأداء، وموضوعها "التحدث فــي مكان عام".

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالــة إحــصائية بين متوسطي درجات المجموعــة التجريبيــة الأولــى الخاصــة بــالعلاج **"VRET"**، والثانية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي؛ مما أكد على فعاليــة استخدام العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي في علاج الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة، باعتباره تدخلاً علاجياً بــديلاً للتعــرض للمواقــف المخيفــة والمرعبة في البيئة الطبيعية.

٢١-دراسة هيربلين Herbelin (٢٠٠٦):

عنوان الدراسة: العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي من أجل الفوبيا الاجتماعية.

Virtual Reality Exposure Therapy For Social Phobia.

تهدف هذه الدراسة إلى استخدام العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي في علاج الفوبيا الاجتماعية، وذلك لأن العلاجات المعرفية السلوكية كانت تعتمد بقوة على التعريض للمثيرات التي تثير القلق؛ كما إن العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي مناسب لمثل هذه التعريضات، لأنه يتيح الفرصة في إعادة إنتاج المثيرات المطلوبة المرتبطة بالواقع، ويعد هذا العلاج فعالاً في علاج العديد من الفوبيات، وخاصةً الفوبيا الاجتماعية، حيث إن الإحساس بالوجود الذي يثيره الغمر في البيئة الافتراضية يدعم ظهور المخاوف المرتبطة بالمكان، ويمكن إعادة إنتاج الفوبيا الاجتماعية المرتبطة بالمثيرات التي تثير القلق من خلال مماثلة الجوانب الإنسانية الافتراضية.

وهذه الدراسة تتحقق من افتراض عمل متصل بين الواقع الافتراضي والمتخصص، وداخل الخلفية العلمية المتزايدة لعلم الكمبيوتر والذي يتضمن صور الجرافيك، والحيوية السلوكية، والتفاعلات بين الكمبيوتر والإنسان، فهم قادرون على توضيح التأثير العلاجي النفسي للغمر في البيئات الافتراضية، حيث ركزوا على تحليل وتصميم وتحسين بيئات التعريض للواقع الافتراضي من أجل العلاج المعرفي والسلوكي لاضطرابات القلق الاجتماعي.

والهدف الأول لهذه الدراسة هو تنمية وتجريب أنظمة لمماثلة البيئات الافتراضية وذلك لتطبيق العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي في علاج الفوبيا الاجتماعية، والهدف الثاني هو تحديد فوائد نموذج الواقع الافتراضي مقارنة بالتعريض الحي الطبيعي الكلاسيكي في مواقف التخيل أو المواقف

التوسطية، وذلك لدى عينة من الشباب الذين يعانون من الفوبيـا الاجتماعيـة تراوحت أعمارهم بين "۱۸" – "**۲۲**" عاماً، وقـد تـم تقـسيم العينـة إلـى مجموعتين، المجموعة التجريبية الأولى الخاصة بالعلاج بالتعريض للواقـع الافتراضي، والثانية الخاصـة بـالتعريض الحـي الـواقعي الكلاسـيكي. واستخدمت الدراسة مقياس الضغط والتجنب الاجتمـاعي، ومقيـاس الفوبيـا الاجتماعية، ومقياس القلق الاجتماعي.

وجاءت نتائج الدراسة موضحة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى"**۰,۰٥**" بين المجموعتين التجريبيتين، لصالح المجموعـة التجريبيـة الأولى وهي الخاصة بالعلاج بالتعريض للواقع الافتراضي، مما أكـد علـى فاعلية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضـي فـي التخفيـف مـن الفوبيـا الاجتماعية.

۲۲- دراسة إرينا ميلوسفك Milosevic, I (۲۰۰٦):

عنوان الدراسة: السلوكيات الآمنة لا تتعارض مع العلاج بالتعريض: حالـة فوبيا نوعية.

Safety Behaviour Does Not Infer Fere with Exposure Therapy: The case of specific phobia.

اقترحت **سالكوفسكي (۱۹۹۱)** أن وظائف سلوكيات الأمـان التـي تعمل على تجنب الخوف، تساعد المريض على التخلص من النتائج الحتميـة التي قد تنتج عن المواقف التي تثير مشاعر الخوف والرهبـة لديـه، وأكـد افتراضه على أن مريض الفوبيا الاجتماعية الذي عمد إلى أن يمسك الزجاجة بإحكام شديد، ليمنع الانزعاج والقلق الذي قد ينجم عـن سـكب محتوياتهـا، ولكن هذا على النقيض تماماً فهو لا يستطيع التحكم في يده بالدرجة الكافيـة؛ مما أخذه إلى افتراض أن سلوكيات الأمان تزيد مـن القلـق والتـوتر لـدى المريض، وتساعده على الاحتفاظ بالخوف بدلاً من تخفيفه.

وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى صحة هــذا الافتــراض بــأن سلوكيات الآمان لا تتعارض ولا تتداخل مع فاعلية العلاج بــالتعريض، بــل تُحفزه وتُدعمه. فاستهدفت هذه الدراسة معرفة القاعدة الأساسية للسلوك الآمن في العلاج بالتعريض، الذي يعتمد عليــه فــي عــلاج اضــطرابات القلــق والفوبيات النوعية **(**فوبيا الخوف من الثعابين**)**.

وتكونت عينة الدراسة من " **٥٤** " طالباً من طلاب جامعة **كونكوردا** في السنة النهائية، من الذين يعانون من فوبيا الثعابين. وتراوحت أعمارهم ما بين "**١٩**" إلى ،" **٢٨**" عاماً، و بــ متوسط " **٢٣,٣٥** "عامــاً. واســتخدمت الدراسة مقياس القلق لــ **بيك (BAI)**، ومقياس **الخوف من الثعــابين**، الــذي تكون من"٧" مفردات وكانت الإجابة: **{** بــ أخاف جداً **Very much fear**، أو أفزع أو أخاف **"Terror" }**، استبيان **بيك** للاكتئاب **(BDI II)**.

وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين، **الأولى** يتم تعريضها لحجرة الثعبان مع استخدام استراتيجيات مُقننّة من السلوكيات الآمنــة، متمثلــة فــي بعض الإشارات التي تبعث الإحساس بالأمان لدى أفراد المجموعة. بينما تــم تعريض المجموعة الثانية لحجرة الثعبان وتركت لهم الفرصة فــي اســتخدام السلوكيات الآمنة التي يرونها جيدة.

وجاءت نتائج الدراسة تشير إلى أن المجموعة الأولى التي اســتُخدِمَ معها الإشارات الآمنة، أظهرت تحسناً ملحوظاً في انخفــاض الخــوف مــن الثعبان لديهم، كما لوحظ أن بعضهم يحاول من وقت إلى آخر الاقتراب مــن غرفة الثعبان بدون خوف. وعلى العكس تماما، فالمجموعة الثانية لــوحظ أن أفرادها ارتفع لديهم الخوف والتوتر؛ بسبب لجوئهم إلى الهروب تجنبــاً لهــذا المثير، مما زاد من حدة الخوف لديهم.

۲۳-دراسة كلينجر وآخرون Klinger, et al. (۲۰۰٥):

عنوان الدراسة: العلاج بالواقع الافتراضي في مقابل العلاج المعرفي السلوكي للفوبيا الاجتماعية: دراسة تمهيدية ضابطة.

Virtual Reality Therapy Versus Cognitive Behavior Therapy for Social Phobia : A Preliminary Controlled Study .

هدف هذا البحث تقديم دراسة تمهيدية يستخدم فيها العلاج بالواقع الافتراضي، القائم على التعريض للبيئات الافتراضية، في علاج الفوبيا الاجتماعية، لدى عينة من الراشدين، عددهم"۳٦ "مشاركاً تراوحت أعمارهم بين "۲۸ "إلى "**۳۲** "عاماً، ممن يعانون من الفوبيا الاجتماعية، الذين تم تشخيصهم وفقاً **لـ "DSM-IV"** ، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين، المجموعة التجريبية الأولى وعددها" ۱۸" فرداً **(**"۸" من الذكور "۱۰" من الإناث**)** وهذه المجموعة تلقت علاجاً بالتعريض للواقع الافتراضي، وقد تم تطبيق عليها اختبار القدرة على استخدام الحاسوب، أو القدرة على التعامل مع الواقع الافتراضي. بينما تكونت العينة التجريبية الثانية من "۱۸" فرداً ("۸" من الذكور ، **۱۰**" من الإناث**)**، وهذه المجموعة تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً، وقد استخدمت هذه الدراسة الأدوات الآتية:

- ❖ طُبِقَت الصورة المختصرة لمقياس بيك للاكتئاب **(BDI-13)**[30] على كلتا المجموعتين.
- ❖ ومقياس ليبونتز للقلق الاجتماعي **(LSAS)23**.
- ❖ ومقياس **(HAD)32** للاكتئاب.
- ❖ واختبار المخرجات الأولية للوظائف الاجتماعية **(RAS)31**.
- ❖ برنامج علاجي مُعدّ قائم على التعريض للواقع الافتراضي مكون من "۱۱" جلسة، تمثلت البيئات الافتراضية فيه من أربعة مواقف تتعامل مع القلق الاجتماعي وهي (الأداء، والمودة والألفة، والتدقيق

والتفحص، والتوكيدية)، وبمساعدة المعالج تعلم المــريض أن يكيــف المعارف والسلوكيات لكي يقلل القلق في المواقف الواقعية.

وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة على وجود فرق ذات دلالة إحــصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية لصالح المجموعــة التجريبيــة الأولى، التي طبق عليها البرنامج العلاجي القائم علــى التعــريض للواقــع الافتراضي، مما أكد على فاعلية هذا العلاج في التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية.

٢٤-دراسة هيوج وآخرون.Haug, et al (٢٠٠٣):

العلاج بالتعريض والسرترالين* في علاج الفوبيا الاجتماعية: عــام من المتابعة للمجموعة التجريبية العشوائية.

Exposure Therapy and Setraline in Social Phobia : 1- Year Follow-Up of aRandomized Controlled Trial:

تهدف هذه الدراسة التحقق من مدى فعالية استخدام العلاج بالتعريض والسرترالين في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية، وذلك لدى عينة تكونت مــن "٣٧٥" مريضاً ممن يعانون من الفوبيا الاجتماعية، والــذين تــم تشخيــصهم وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضــطرابات النفــسية والعقليــة **(DSM-IV)**، وتراوحت أعمارهم ما بــين "١٨" – "**٦٥**"عامــاً، بمتوســط حسابي" ٤٢,٨". واستخدمت هــذه الدراســة مقيــاس الفوبيــا الاجتماعيــة **(GGI,1993)**، ومقياس **بيك** للاكتئاب، واختبار التفاعل الاجتماعي.

وقد تم توزيعهم على مجموعتين تجــريبيتين، المجموعــة الأولــى: مجموعة العــلاج بــالتعريض، والمجموعــة الثانيــة: مجموعــة العــلاج

* **السرترالين:** عقار دوائي يؤخذ كمهدئ للتخفيف من حدة أعراض القلق.

بالسرترالين. وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود فرق دال إحـــصائياً بين مجموعتي الدراسة، مما أكد على فعالية اســتخدام العــلاج بــالتعريض بمفرده، والعلاج بالسرترالين في التخفيف من أعراض الفوبيــا الاجتماعيــة. وأوضحت أن استخدام السرترالين يزيد من ارتخــاء العــضلات، وأوضــح الباحثون أيضاً استمرار فاعلية العلاج بالتعريض خلال فترة المتابعــة التــي دامت لمدة عام.

٢٥- دراسة إريك هورتز , Horowitz, E (٢٠٠٣):

العلاج بالتعريض الافتراضي المدرج فــي التخفيــف مــن الفوبيــا (تصميم برنامج)

Virtual Graded Exposure Therapy Treatment for Phobias : A program Design

تُعدّ اضطرابات القلق المشكلة الأساسية بل والرئيسية في الولايــات المتحدة الأمريكية، حيث يعاني حوالي "**٢٣**" ثلاثة وعشرون مليون أمريكــي من اضطرابات القلق في أوقات حياتهم اليومية. وتمثل الفوبيات النوعية هــذه أحد أنواع الاضطرابات الخاصة بالقلق، بل وتعد الأكثر شيوعاً مــن العنــف والعدوان وتناول الكحوليات والاكتئاب.

وقد تناولت نماذج العلاج السلوكية التقليدية علاج الفوبيــات، حيــث أكدت على أن انطفاء استجابة الخوف يحدث عند تعريض المــريض بــشكل تدريجي للمثير المرهوب، الذي يعتمد على إثارة القلق والخوف لديــه. كمــا استند العلاج بالتعريض أيضاً إلى الغمر، الذي يقوم على مواجهة المثيــرات المخيفة مباشرة بدون تدرج، والتعريض الواقعي، وتعريض المريض للمثيــر المرهوب في البيئة الواقعية، والتعريض التخيلــي الــذي يــسمح للمــريض

بمواجهة المثيرات المخيفة ولكن على مستوى الخيال مـــن خـــلال اســـتخدام بعض تدريبات الاسترخاء.

تهدف هذه الدراسة إلى إعداد وتصميم وخلق برنامج عـــن طريـــق استخدام صور الحاسوب حيث تسمح هـــذه الـــصور بـــالتعرض للمواقـــف المرهوبة ولكن في بيئة افتراضية، ويناقش هذا البرنامج احتياجات الأشخاص الذين يعانون من استجابات الفوبيا، وقد تكونت عينـــة الدراســـة مـــن "**٢٥**" مريضاً ممن يعانون من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية، مستخدماً فـــي ذلك الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضـــطرابات النفـــسية والعقليـــة "**DSM-IV**"، ومقياس **بيك** للاكتئاب الصورة المختصرة، ومقيـــاس التجنـــب السلوكي، وأعد الباحث برنامجاً قائماً على الواقع الافتراضي متضمناً بيئـــات افتراضية ملائمة لعينة الدراسة.

وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة على وجود فرق دال بين القياس القبلي والبعدي لعينة الدراسة لصالح القياس البعدي؛ مما يؤكد على فعالية العـــلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات القلق.

٢٦- دراسة ملك دونوف وماركس McDonough & Marks (٢٠٠٢):

عنوان الدراسة: تدريس طلاب كلية الطب العلاج بالتعريض من أجل الفوبيا / الهلع ومقارنة التحكم العشوائي وجهاً لوجه، لمجموعـــات صـــغيرة يقابلها مجموعات بناء الحاسوب.

Teaching medical students exposure therapy for phobia / panic – randomized controlled comparison of face – to – face tutored in small groups US. Solo computer instruction

تهدف الدراسة الحالية التي تـــدرس طـــلاب كليـــة الطـــب العـــلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيات واضطراب الهلع، على أن يكون العلاج

بالتعريض هنا باستخدام فنيتين، الأولى: المواجهة وجهاً لوجـــه(Tutorial)، والثانية: استخدام الحاسوب(Solo) في العلاج الذي يعد صورة مصغرة مـــن **(Ff)**[*] ، وهو نظام الحاسوب القائم على الاعتماد على الذات بالنسبة لمرضى اضطرابات القلق.

وتكونت عينة الدراسة من "١١" طبيباً من المعالجين السلوكيين مـــن طلاب الفرقة الثالثة، وقد قاموا بالإجابة علـــى بعـــض المقـــاييس الخاصـــة بالبرنامج، والتي تكونت من " ٧٥" مفردة، وذلك قبل وبعد التدريس، من أجل الحصول على مجموعة من البيانات عن معدل التقدم في العلاج قبـــل وبعـــد التدريس.وقد تلقى الطلاب جلستين، الأولى كانت عبارة عن محاضرة مـــدتها ٢٠ دقيقة عن المفاهيم الأساسية، بينما كانت الجلسة الثانية مدتها ٩٠ دقيقـــة عن الحاسوب" Solo"، أو مجموعة وجهـــاً لوجـــه مـــدرب" Tutorial"، موضحةً الفائدة التي تعود من خلال استخدام الحاسوب الشخصي في عـــلاج مرضى الفوبيات واضطراب الهلع. وقد لوحظ بشكل واضح كنتيجـــة لهـــذه الدراسة، ميل الطلاب واستحسانهم لطريقة العلاج بالتعريض القائمـــة علـــى الحاسوب الخاصة بالمجموعات الصغيرة، حيث تميزت هـــذه الطريقـــة مـــن العلاج بالمتعة والتشويق من طرق العلاج بالتعريض التقليدية.

٢٧- دراسة بلومهف وآخرون .Blomhoff,et al (٢٠٠١):

عنوان الدراسة: فحص واختبار فاعلية الـــسرترالين والعـــلاج بـــالتعريض لمجموعة تجريبية عشوائية، وتعميم أسس العـــلاج للتخفيـــف مـــن الفوبيـــا الاجتماعية المعمّمة.

---

[*] **Ff:** Fear Fighter (محارب الخوف)

Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalized social phobia.

أكد معظم الباحثين أنه لا يوجد اختبارات تجريبية لمعالجـــة الفوبيـــا الاجتماعية المعممة بشكل عام، لذلك هدفت هذه الدراسة إلى اختبـــار مـــدى فاعلية استخدام السرترالين و العلاج بالتعريض، بشكل مفرد أو اســـتخدامهما معاً في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية.

تكونت عينة الدراسة من "**٣٨٧**" مريضاً تم اختيارهم بشكل عشوائي، وفقاً للقائمة التشخيصية الإحصائية الرابعة للاضطرابات النفـــسية والعقليـــة "**DSM –IV**"، وتراوحت أعمارهم ما بين "١٨" –" **٥٤**" عامـــاً، بمتوســـط عمري" ٣٨,٨"، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين: الأولـــى: تعـــالج باستخدام العلاج بالتعريض، والثانية: تعـــالج بالـــسرترالين، وتـــم إعطـــاء المجموعة الثانية عقار السرترلين بمقدار"**٥٠ – ١٥٠**" مل لمدة **٢٤** أسبوع، واستخدمت المجموعة الأولى تصميم المجموعات المزدوجـــة فـــي جلـــسات التعريض.

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى الآتي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبيـــة الأولـــى الخاصة بالعلاج بالتعريض في القياس القبلي والبعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعـــة التجريبيـــة الثانيـــة الخاصة بعقار السرترالين في القياس القبلي والبعدي.
- وللتعميم، أكدت هذه الدراسة على فاعلية كل من العلاج بـــالتعريض والسرترالين في التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية المعممة.

۲۸-دراسة ميورس وآخرون .Muris, et al (١٩٩٤):

مخرجات العلاج بالتعريض لفوبيا العنكبوت: تأثير الإرشاد وأساليب المواجهة الإرشادية:

Exposure therapy out come in spider pbobics: effects of monitoring and blunting coping styles.

تهدف هذه الدراسة إلى فحص مدى فاعلية النماذج الإرشادية التقليدية (بمعنى طلب المعلومات التى لها علاقة بالتهديد أو تجنبها) وتأثيرها على نتيجة العلاج بالتعريض. حيث تكونت عينة الدراسة من "**٣٦**" مريضة ممن يعانين من فوبيا العنكبوت، وبلغت متوسطات عينة الدراسة على مقياس فوبيا العنكبوت حوالي " **22,3**" درجة، وبعد أن خضعن للبرنامج العلاجي القائم على التعريض لمدة عامين، بمعدل جلستين في الشهر لمدة ساعتين ونصف الساعة. واستخدمت هذه الدراسة مقياس فوبيا العنكبوت **(SPQ)** لـــ **كلورمان وآخرون (Klorman & Weerts & Hastings & Melamed and Lang)** (١٩٧٤)، على أن يتم التشخيص وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية والعقلية **"DSM-111"**. وتوصلت نتائج الدراسة إلى :

- ❖ أن الإرشاد وأساليب المواجهة التقليدية وحدها ليست كافية لتغيير الإحساس بالخوف في مدة قدرها عامين من العلاج.
- ❖ أن القياس القبلي والبعدي لأساليب المواجهة، اقترن بنماذج مرتبطة بالعلاج بالتعريض.
- ❖ ارتبط العلاج بالتعريض بمستوى عالٍ من انخفاض حدة الخوف من العنكبوت لدى عينة الدراسة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

يمكن بعد استعراض البحوث والدراسات السابقة أن تسجل الباحثة أهم النقاط التي تم استخلاصها من تحليل هذه الدراسات، وذلك على النحو التالي:

١-الأهداف:

يُلاَحَظُ من العرض السابق تشابه الهدف العام لجميع البحوث والدراسات الواردة في هذا المحور، وإن اختلفت الطرق والوسائل المستخدمة في تحقيق كل هدف منها، وتمثل الهدف العام لها في اختبار مدى فاعلية العلاج بالتعريض بأشكاله المختلفة في التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية، ولا سيما الفوبيا الاجتماعية، وفيما يلي عرض موجز لبعض الأهداف التي تناولتها هذه الدراسات:

- فقد ركزت دراسة كرساناإسكيا وآخرون **Kircanskia, etal (2012)** على دراسة فاعلية نماذج العلاج بالتعريض التقليدية القائمة على الغمر والتحصين التدريجي في مقابل التنوع في هذه النماذج من أجل التخفيف من مخاوف التلويث أو التَدنُس لدى الأفراد .

- بينما ركزت بعض الدراسات على اختبار فاعلية استخدام مهارات التعايش المعرفية والبيوسلوكية، وفنية الإشارات الآمنة، وفنية الأحاديث الذاتية، والاسترخاء في تحسين مخرجات العلاج بالتعريض للفوبيات النوعية(الأكروفوبيا، والأجورافوبيا، والكلستروفوبيا، فوبيا الثعابين، والفوبيا الاجتماعية)، وتمثلت هذه الدراسات في دراسة ميريتا وآخرون **Meureta, et al.** (٢٠١١) ، وديكون وآخرون **Deacon, et al**(٢٠١٠)، وتلفورز وآخرون **Tifflos, et al.**(٢٠٠٨)، وكرجن

وآخرون .Krijn, et al (٢٠٠٧)، وكـــلارك وآخـــرون Clark, et al(٢٠٠٦)، وميلوسيفك Milosevic, I (٢٠٠٦).

- وهدفت بعض الدراسات إلى معرفة آليات الفعل المرتبطة بفاعلية العلاج التعريض في التخفيف من الفوبيات النوعية، سواء كانـــت متمثلـــة فـــي التعود أو القوة الكامنة للحدث ذات الصلة الوثيقة بالبنية المعرفية للخوف الخاصة بكل فرد، وكذلك الاقتصار على أساليب المواجهة التقليدية فقط، وذلك لدى مرضى الأكروفوبيا، ومرضى فوبيا العنكبوت، وتمثلت هـــذه الدراســـات فـــي دراســـة بـــاكر وآخـــرون.Baker, et al (٢٠١٠)، وليوتجب وآخرون.Leulgeb et al (٢٠٠٩)، وميـــورس وآخـــرون .Muris et al(١٩٩٤).
- وهدفت بعض الدراسات إلى اختبار فاعلية العلاج بالتعريض القائم على استخدام الحاسوب والذي يشبهFf (محارب الخوف) في التخفيـــف مـــن الفوبيات النوعية واضطراب الهلع، ومن هذه الدراســـات مـــك كـــرون وآخرون .McCrone, et al (٢٠٠٩)، وتلفورز وآخرون Tifflos, et al.(٢٠٠٨)، ونورمـــان Norman (٢٠٠٦)، ومـــك دونـــوف وماركس McDonough& Marks (٢٠٠٢).
- بينما هدفت بعض الدراسات إلى اختبار فاعلية العلاج بالتعريض للواقـــع الافتراضي في التخفيف من الفوبيا الاجتماعيـــة، والفوبيـــا المدرســـية، والأجورافوبيا، والأكروفوبيا، واضطرابات القلق، ومن هذه الدراســـات دراســـة بّريـــسيا وآخـــرون .Pricea, et al (٢٠١١)، وجـــوزي وآخرون.Jose, et al (٢٠٠٩)، وإنـــانInan(٢٠٠٨)، وبرينكمـــان وآخـــرون Brinkman, et al (٢٠٠٨)، وبفـــلات وآخـــرون . Peflate, et al(٢٠٠٨)،

وكـــرجن وآخـــرون(۲۰۰۷)، وكلينجـــر وآخـــرون **Klinger, et al**(۲۰۰٥، ۲۰۰٦)، وهيـــربلين**Herbelin** (۲۰۰٦)، وهـــورتز **Horowitz** (۲۰۰۳).

- وهدفت بعض الدراسات إلى تقييم فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات القلق ولا سيما الفوبيـــا الاجتماعيـــة، وذلـــك بمقارنتـــه بعلاجاتٍ أخرى والتي كان أشهرها العلاج المعرفي الـــسلوكي، وتمثـــل هذه الدراســـات فـــي دراســـة **بفـــلات وآخـــرون**(۲۰۰۸)، **وكـــلارك وآخرون**(۲۰۰٦)، **وكلينجر وآخرون**(۲۰۰٥).
- بينما هدفت دراسة **بارســـونز وريـــزو Parsons & Rizzo** (۲۰۰۷) إلى تقييم فاعلية العلاج بالتعريض للواقع الافتراض في التخفيـــف مـــن القلق والفوبيات النوعية، وذلك من خلال مراجعـــة نتـــائج الدراســـات السابقة التي تناولت هذا الشكل من التعريض.
- وهدفت بعض الدراسات الأخرى إلى تقييم فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية واضطرابات القلق، مع أو بدون استخدام بعض العقاقير الطبية ومدى التسهيلات التي يقدمها في انطفاء اســـتجابة الخوف.ومن هذه الدراسات: دراسة هيـــوج وآخـــرون **Haug, et al.** (۲۰۰۳)، ونوربجروآخرون.**Norberg, et al** (۲۰۰۸)، وبلومهـــف وآخرون **Blomhoff, et al.** (۲۰۰۱).
- بينما هدفت بعض الدراسات إلى عمل مقارنات بينيـــة؛ لتقيـــيم فاعليـــة أشكال العلاج بالتعريض المختلفة في التخفيف من الفوبيـــا الاجتماعيـــة والفوبيات النوعية، وكذلك لعمل حصر معدلات القبول أو الرفض لكـــل شكل منها، وتتمثل هذه الدراســـات فـــي دراســـة كـــل مـــن: **بّريـــسيا وآخـــــرون**(۲۰۱۱)، **وتلفـــورز وآخـــرون**(۲۰۰۸)، **بالاشـــيوس**

وآخـــــرون(٢٠٠٧)، ونورمـــــان(٢٠٠٦)، ومـــــك دونـــــوف وماركس(٢٠٠٢).

٢- العينات :

يُلاَحَظُ من العرض السابق تباين المرحلة لعينات الدراسات والبحوث، ولكن على الرغم من ذلك فإن معظمها تناول مرحلة المراهقة والرشد، إلا أن تحديد المدى العمري لعينة كل دراسة قد اختلف، وتوضـــحه الباحثـــة فـــي العرض الآتي:

- هناك دراسات تناولت طلاب المرحلة الثانويـــة والجامعيـــة مـــن كـــلا الجنسين، ومنها دراسة كل مـــن: **بـــاكر وآخـــرون(٢٠١٠)، وديكـــون وآخرون(٢٠١٠)، وجوزي(٢٠٠٩)، وتلفـــورز وآخـــرون (٢٠٠٨)، وبرينكمـــان وآخـــرون(٢٠٠٨)، وبالاشـــيوس وآخـــرون(٢٠٠٧)، وميلوسيفك(٢٠٠٦)، ونورمان وآخرون(٢٠٠٦)، وهيربلين(٢٠٠٦)، ومك دونوف وماركس(٢٠٠٢)** .

- بينما تناولت دراسات أخرى العلاج بالتعريض لدى شـــريحة عمريـــة ذات مدى واسع، حيث بدأت من مرحلة المراهقة ثم الرشد وصولاً إلـــى مرحلة الشيخوخة، فتراوحت أعمار عنيات تلك الدراسات من" ١٨" إلى" ٦٥ "عاماً، ومنها دراسة كل من : **ليوتجب وآخـــرون(٢٠٠٩)، ومـــك كرون وآخـــرون(٢٠٠٩)، ونـــوربجر وآخـــرون(٢٠٠٨)، وكـــرجن وآخـــــرون(٢٠٠٧)، وبارســـــونز وريـــــزو(٢٠٠٧)، وكـــــلارك وآخـــــرون(٢٠٠٦)، وكلينجـــــر وآخـــــرون(٢٠٠٦، ٢٠٠٥)، وهيـــــوج(٢٠٠٣)، وبلومهـــــف وآخـــــرون (٢٠٠١)، وميـــــورس وآخرون(١٩٩٤).**

٣- الأدوات :

لقد تباينت واختلفت الدراسات والبحوث في الأدوات المستخدمة فـــي العلاج تبعاً لتباين الفوبيا النوعية التي يُستخَدم العلاج بـــالتعريض للتخفيــف منها، وستقوم الباحثة بعرض موجز لهذه الأدوات:

- الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابـــع للاضـــطرابات النفـــسية والعقلية– *DSM)* ۱۱۱–*IV)*.
- مقياس فوبيا العنكبوت **(SPQ)** .
- مقياس الفوبيا الاجتماعية **(GGI, 1993)**.
- مقياس بيك للاكتئاب الصورة المختصرة .
- اختبار التفاعل الاجتماعي
- مقياس لبيوتر للقلق الاجتماعي **23(LSAS)**.
- اختبار المخرجات الأولية للوظائف الاجتماعية **31(RAS)**.
- استبيان تقييم القلق في السياقات الاجتماعية.
- جداول التوكيدية.
- التقارير الذاتية.
- مقياس باديوا **Padua Inventory** .
- مقياس يل– بروان للوساوس القهرية **Yale-Brown** .
- مهام التجنب السلوكى **(BAT)**.
- مقاييس عمليات التعريض بين وخلال الجلسات.
- مقياس **IPQ** إسكيوبتر وآخرون (٢٠٠١) :

Igroup Presence Questionnaire (IPQ; Schubert,etal, 2001).

- التقرير الشخصي للخوف من التحدث العام **PRCS** لـــ **بيول (١٩٦٦)** **Personal Report Confience as speaker (PRCS; Paul, 1966).**
- المقياس الفردى لعدم الشعور بالراحة.

Subjective unit of Discomforts Scale (SUPS)

- وصف للمقابلات الكلينيكية الخاصة بالدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية لـــ **فرست وآخرون(٢٠٠٢).**
- مقياس الأكووفوبيا **(AQ)** لـــ **باكر وكوهن وسوندرز Baker, Cohen and Saunders(١٩٧٣)** خلال الجلسات.
- نموذج المقابلة الإكلينيكية من أجل التشخيص **(SCID)**، وهو يقوم على أساس المقابلة الإكلينيكية لتشخيص واختيار العينة وفقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية **DSM-IV.**
- مقياس مصداقية / التوقع لـــ ديفلي وبروكسفك **Devilly & Borkovec (٢٠٠٠) (ECQ).**
- اختبار المدخل السلوكي **(BAT).**
- مقياس فوبيا الاحتجاز **(ClQ)** لـــ ريتشمان وتاريلو **Rachman & Taylor (١٩٩٣)**
- مقياس فوبيا الاحتجاز القائم على فعالية الذات **(CCSES).**
- الإصدار الثالث لمقياس حساسية القلق **(ASI – 3).**
- استبيان الخوف الجذري لفوبيا الاحتجاز **(CCQ).**
- استبيان تشخيص الفوبيا المدرسية.
- التقارير الفاصلة أو البيانات التناسبية.
- قائمة بيانات عن أعراض القلق قبل وبعد التعريض للواقع الافتراضي .

- تقارير عن الحد الفاصل **(النقطة الحرجة)** التي يتوقف عندها التعريض.
- مقياس **الخوف من الثعابين**، الذي تكون من"۷" مفردات .

وقد لُوحِظَ اختلافاً في البرامج العلاجية المُعدّة في هذه الدراسات؛ تبعاً لاختلاف شكل أو نوع التعريض المُستخَدم فيها، فمنها من عَمدَت إلى إعداد برنامجاً علاجياً قائماً على التعريض الواقعي مستخدمة في ذلك فنياته المتعددة، ومنها من عَمدَت إلى تصميم بيئات افتراضية ملائمة لإعداد برنامجاً علاجياً قائماً على التعريض للواقع الافتراضي مع مراعاة ملاءمته لنوع الفوبيا النوعية ولعينة الدراسة.

٤-النتائج:

أظهرت البحوث والدراسات السابقة من خلال نتائجها اتفاقاً على تحقق الهدف العام لهذه الدراسات وهو: فاعلية العلاج بالتعريض بأشكاله المختلفة في التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية، ولا سيما الفوبيا الاجتماعية، وتستعرض الباحثة في العرض التالي أبرز هذه النتائج:

- فاعلية التنوع في نماذج العلاج بالتعريض، بدلاً عن الاقتصار على النماذج التقليدية فقط القائمة على الغمر والتحصين التدريجي في التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية .
- فاعلية استخدام مهارات التعايش المعرفية والبيوسلوكية، وفنية الإشارات الآمنة، وفنية الأحاديث الذاتية، والاسترخاء في تحسين مخرجات العلاج بالتعريض للفوبيات النوعية(الأكروفوبيا، والأجورافوبيا، والكلستروفوبيا، فوبيا الثعابين، والفوبيا الاجتماعية).
- كشفت بعض الدراسات عن آليات الفعل المرتبطة بفاعلية العلاج التعريض في التخفيف من الفوبيات النوعية، والتي تمثلت في التعود، والقوة الكامنة للحدث ذات الصلة الوثيقة بالبنية المعرفية للخوف الخاصة

بكل فرد(الطريقة المِثُيدولوجية)، وأوصت بعدم الاقتصار علـــى أســـاليب المواجهة التقليدية فقط، وذلك لدى مرضى الأكروفوبيا، ومرضى فوبيـــا العنكبوت، والفوبيا الاجتماعية.

- أكدت بعض الدراسات فاعلية العلاج بالتعريض القـــائم علـــى اســـتخدام الحاسوب في التخفيف من الفوبيات النوعية ولا سيما الفوبيا الاجتماعيـــة، واضطراب الهلع.
- أكدت بعض الدراسات إلى فاعلية العلاج بالتعريض للواقـــع الافتراضـــي بشكليه(الغمري– وغير الغمري أو الخلَّاب) في التخفيـــف مـــن الفوبيـــا الاجتماعيـــة، والفوبيـــا المدرســـية، والأجورافوبيـــا، والأكروفوبيـــا، واضطرابات القلق.
- قدمت بعض الدراسات الآخرى تقييماً لفاعلية العـــلاج بـــالتعريض فـــي التخفيف من اضطرابات القلق ولا سيما الفوبيا الاجتماعية، وذلك بمقارنته بعلاجاتٍ أخرى والتي كان أشهرها العلاج المعرفي السلوكي، حيث أكدت هذه الدراسات على فاعلية استخدام العلاج بالتعريض بمفرده في التخفيف من هذه الاضطرابات.
- بينما أكدت بعض الدراسات الأخرى على فاعلية العلاج بالتعريض فـــي التخفيف من الفوبيا الاجتماعية واضطرابات القلق، بدون استخدام العقاقير الطبية التي تستخدم كمهدءات أثناء مواجهة المثيرات المرهوبة.
- توصلت بعض الدراسات التي عَمدَت إلى عمل مقارنـــات بينيـــة؛ لتقيـــيم فاعلية أشكال العلاج بالتعريض المختلفـــة فـــي التخفيـــف مـــن الفوبيـــا الاجتماعية والفوبيات النوعية، في فاعليـــة العـــلاج بـــالتعريض للواقـــع الافتراضي في مقابل التعريض الواقعي، كما كانت معدل القبـــول لهـــذا الشكل من العلاج أعلى من معدل القبول للتعريض الواقعي.

- بينما أكدت بعض الدراسات الأخرى على ضرورة المزج بين أشكال التعريض المختلفة، وأوضحت أيضاً فاعلية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي الذي يقوم على غمر العينة غمراً كاملاً في البيئة الافتراضية، من الغمر بشكل جزئي في تلك البيئات؛ وذلك في درجة الإحساس بالوجود أو التضمين فيها، وكذلك في درجة التجاوب للعلاج.
- أبرزت بعض الدراسات مميزات العلاج بالتعريض باستخدام الحاسوب أو الواقع الافتراضي، المتمثلة في كونه أقل تكلفة وأفضل أداء من طرق التعريض التقليدية.

ثانياً: فروض الدراسة:

بناءً على الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة يتم عرض الفروض الآتية:

الفرض الأول:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية".

الفرض الثاني:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية، لصالح القياس البعدي".

الفرض الثالث:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية".

الطريقـــة والإجـــراءات

تعرض الباحثة في هذا الفصل الطريقة والإجراءات المتبعة في الدراسة الحالية، متضمناً ذلك: منهج الدراسة وأدواتها، وعينة الدراسة، ومتغيراتهـــا، والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها. وأخيراً الخطوات الإجرائية للدراســـة، وبيان ذلك فيما يلي:

أولاً: منـهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي، حيث تناولت الدراسة فاعلية برنامج يقوم على العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة. وقد قامت الباحثة بتقسيم عينة الدراســـة إلـــى مجموعتين تجريبية وضابطة.

وقد استخدمت الباحثة التصميم التجريبي المختلط (*)، أي الذي يجمع بين التصميم التجريبي من نوع "بين المجموعات" (والذي يستخدم المقارنـــات بين المجموعات غير المرتبطة، كالتجريبية والـــضابطة مـــثلاً)، والتـــصميم التجريبي من نوع "داخل المجموعات" أي التصميم ذو القياســـات المتكـــررة لنفس المجموعات (والذي يستخدم في المقارنات بين المجموعات المرتبطـــة، أي يستخدم في المقارنات القبلية والبعدية لنفس المجموعة التجريبية).

ثانياً: أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات الآتية:

١- مقياس الفوبيا الاجتماعية. (إعداد الباحثة).

(*) اعتمدت الباحثة فى ذلك على ما أشار إليه فؤاد أبو حطب وآمـــال صـــادق (١٩٩٦)، من إمكانية استخدام التصميم التجريبي المختلط (فؤاد أبو حطب، وآمال الـــصادق، ١٩٩٦، ٤٤٥).

٢- مقياس وكسلر – بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين. (تعريب وتطبيق محمد عماد الدين ولويس مليكة، ١٩٩٦).

٣- برنامج العلاج بالتعريض. (إعداد الباحثة).

الأداة الأولى : مقياس الفوبيا الاجتماعية (إعداد الباحثة):

قامت الباحثة بإعداد مقياس الفوبيا الاجتماعيـــة مـــن خـــلال ثـــلاث خطوات رئيسة، وهى: إعداد الصورة المبدئية للمقيـــاس، وإعـــداد الـــصورة الأولية للمقياس، وإعداد الصورة النهائية للمقياس. وذلك على النحو التالي:

١- إعداد الصورة المبدئية للمقياس:

اتبعت الباحثة في ذلك الخطوات الآتية :

- ❖ مراجعة الإطار النظري وكذلك الدراسات الـــسابقة، وذلـــك للاســـتفادة منهما في تحديد وصياغة أبعاد ومفردات مقياس الفوبيا الاجتماعية.
- ❖ قامت الباحثة بالاطلاع على المقاييس والاختبارات والتي تضمنت بنوداً أو عبارات تسهم بشكل أو بآخر في إعداد أبعاد ومفـــردات المقيـــاس، ومنها ما يلي:

- استمارة تشخيص الفوبيـــا الاجتماعيـــة إعـــداد : **ناريمـــان رفـــاعي (١٩٨٥).**
- استمارة تشخيص المخاوف الاجتماعية إعداد : **صلاح الـــدين عبـــد القادر (١٩٨٧).**
- مقياس الفوبيا الاجتماعية إعداد : **أمان أحمد محمود (١٩٩٤).**
- الدليل التشخيصية والإحصائية للاضطرابات النفسية والعقلية الرابعـــة المعدلة ($\mathbf{DSM\text{-}IV^{R}}$) (٢٠٠٠).
- بطارية اضطرابات القلق الاجتماعي إعداد: **محمـــد إبـــراهيم عيـــد (٢٠٠٠).**

- مقياس المخاوف الاجتماعية إعداد : **آمال إبراهيم الفقي (۲۰۰۱).**
- مقياس اضطرابات القلق الاجتماعي لدى الضحية: إعداد: **تحية محمد عبد العال (۲۰۰٦).**
- مقياس القلق الاجتماعي إعداد : **محمود ربيع الشهاوى (۲۰۰۷).**

❖ قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية في شكل سؤال مفتوح، وذلك بهدف تحديد المواقف الاجتماعية التي تثير مشاعر الخوف لدى الفرد ، مما تجعله يتجنب التفاعل مع معظمها أو كلها ، لما تنطوي عليه من تهديد بالنسبة له، وذلك على عينة قوامها **(١٥)** طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية الفرقة الثالثة الجامعية، ممن تراوحت أعمارهم ما بين "١٩ – ٢١ عاماً"، وقد تضمنت الدراسة الاستطلاعية السؤال المفتوح التالي:

"ما هي مواقف التفاعل الاجتماعي التي تعجز فيها عن التفاعل مع الآخرين، أو التي تكون فيها عرضة للنقد من قبل المحيطين بك، أو التي تجعلك موضع تفحص أو تدقيق، فيغمره الشك في قدرتك على المواجهة، فتضطر إلى تجنبها والابتعاد عنها"؟

وكان من أهم ما أسفرت عنه الدراسة الاستطلاعية ما يلي:

وجود بعض المواقف الاجتماعية التي تنطوي على تهديد بالنسبة للطالب وتشعره بالخوف والقلق، ومنها ما يلي:

- ✓ أن يُطلب منه الإجابة على سؤال ما في المحاضرة.
- ✓ أن يأكل في مكان عام.
- ✓ أن يطلب منه أداء فعل معين أمام الآخرين.
- ✓ أن يبادئ في إلقاء التحية على أشخاص لا يعرفهم.
- ✓ أن يطلب الطعام من الجرسون داخل المطعم.

- ✓ أن يبدي رأيه في موضوع ما.
- ✓ أن يحضر حفلة أو مناسبة خاصة.
- ✓ أن يُطلب منه شراء سلعة ما
- ✓ أن يُطلب منه استخراج شهادة أو كارنيه.
- ✓ عندما يستعد للخروج من المنزل.
- ✓ وعند ركوب المواصلات.

❖ وفى ضوء الإطار النظري وتصنيف استجابات الطلاب على السؤال المفتوح في الدراسة الاستطلاعية، تم تحديد أبعاد ومواقف مقياس الفوبيا الاجتماعية، ثم صياغة المقياس في صورة مواقف لكل موقف ثلاث استجابات. وقد تناول المقياس البعدين التاليين :

البعد الأول : الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة.

البعد الثاني : الخوف من التقييم السالب.

وفيما يلي عرض لكل منهما :

البعد الأول: الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة:

وتعرفه الباحثة على أنه "شعور الفرد بالخوف الدائم والمستمر عند مواجهة المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه المبادأة بالحديث، أو تأسيس علاقات جديدة مع الجيران، أو الأصدقاء، أو الآخرين، الأمر الذي يجعله يتجنب تلك المواقف التي تشعره بالدونية وضعف ثقته بذاته، وتوقعه قصور أو نقص قدرته في تكوين هذه العلاقات؛ مما يضطره إلى تجنب المشاركة في معظم المواقف التي تنطوي على تهديد مماثل، محاولةً منه التخفيف من خوفه. ويتضمن هذا البعد "٢٠" موقفاً.

البعد الثاني: الخوف من التقييم السالب من الآخرين:

وتعرفه الباحثة على أنه "شعور الفرد بالخوف الدائم والمستمر عند مواجهة المواقف الاجتماعية التي تجعل منه موضع مراقبة أو ملاحظة من قبل الآخرين، فيشعر بأن الجميع يدققون النظر فيه مثل الأكل في مكان عام أو التواجد في الأماكن العامة، أو المواقف التي تتطلب أداء معيناً، كالتحدث أمام الآخرين، أو عزف قطعة موسيقية، أو لعب رياضة معينة، والتي تشعره بالدونية وضعف ثقته بذاته، وتوقع عجزه عن القيام بالمهام المكلّف بها، فيعمُد إلى تجنب تلك المواقف التي تجعله عرضة للنقد أو التقييم السالب من جانبهم، محاولة منه في التخفيف من خوفه". ويتضمن هذا البعد "٢٠" موقفاً.

٢- إعداد الصورة الأولية لمقياس الفوبيا الاجتماعية:

قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية لمقياس الفوبيا الاجتماعية، من خلال الخطوات الآتية :

- ❖ قامت الباحثة بصياغة عبارات المقياس في صورة مواقف؛ وذلك تجنباً لاحتمالية التخمين من المفحوصين أثناء تطبيق المقياس.
- ❖ قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته المبدئية على السادة المشرفين أولاً وبعد إجراء التعديلات المقترحة، ثم ترتيب المواقف وإعادة صياغتها، وبعد ذلك قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين(*) من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس وعددهم "٢٠" محكماً، وذلك للحكم على المقياس من حيث سلامة صياغة المواقف، ومدى انتماء كل موقف إلى البعد الخاص به، وإلى المقياس ككل، مع اقتراح التعديلات اللازمة.

(*) ملحق رقم (١) .

جدول "١"

النسب المئوية لاتفاق السادة المحكمين على مقياس الفوبيا الاجتماعية

البعد الأول **الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة**				**البعد الثاني** **الخوف من التقييم السالب**			
رقم الموقف	نسبة الاتفاق	رقم الموقف	نسبة الاتفاق	رقم الموقف	نسبة الاتفاق	رقم الموقف	نسبة الاتفاق
١	%٩٠	١١	%٩٠	١	%٩٥	١١	%٩٠
٢	%٨٥	١٢	%٩٠	٢	%٩٥	١٢	%٩٥
٣	%٨٥	١٣	%٩٥	٣	%٨٥	١٣	%٨٥
٤	%٩٠	١٤	%١٠٠	٤	%٩٠	١٤	%٩٠
٥	%٩٥	١٥	%٩٥	٥	%١٠٠	١٥	%١٠٠
٦	%٨٥	١٦	%٨٥	٦	%٨٥	١٦	%٨٥
٧	%٨٥	١٧	%٨٥	٧	%٩٠	١٧	%٨٥
٨	%٨٥	١٨	%٩٠	٨	% ٨٥	١٨	%٩٠
٩	%١٠٠	١٩	%٩٥	٩	%٩٠	١٩	%٩٠
١٠	%٩٥	٢٠	%٨٥	١٠	%٩٠	٢٠	%٨٥

ويتضح من جدول "١" الآتي:

- عدم استبعاد الباحثة لأي موقف، لعدم نقص نسبة الاتفاق عن" ٨٥% "، ليبقى عدد مواقف المقياس "٤٠" موقفاً موزعة على بعدين على النحو التالي:

  البعد الأول : الخوف والمبادأة وتكوين علاقات جديدة، **(٢٠ موقفاً)** .

  البعد الثاني: الخوف من التقييم السالب من الآخرين **(٢٠ موقفاً)**.

- وبناءً على آراء السادة المحكمين، قامت الباحثة بعمل بعض التعديلات اللازمة في صياغة بعض المواقف، حيث تم حذف واستبدال بعض الكلمات بأخرى بحيث تتلائم مع عينة الدراسة الحالية، وتلخص الباحثة ذلك في الجدول التالي:

جدول "٢"

بيان بالمواقف التى تم تعديلها بناء على آراء السادة المحكمين

البعد الذى ينتمي إليه الموقف	رقم الموقف	الموقف قبل التعديل	الموقف بعد التعديل
البعد الأول	٣	**عندما يطلب مني التعبير عن رأيي في موضوع معين فإنني :** – أبدي رأيي بدون تردد. – أفكر قليلاً في ذلك. – أعمل نفسي مش سامع.	**عندما يطلب مني التعبير عن رأيي في موضوع معين فإنني :** – أبدي رأيي بدون تردد. – أفكر قليلاً في ذلك. – أمتنع عن إبداء رأيي.
	٧	**إذا مررّت بمجموعة من زملائي في الكلية فإنني:** – أشاور لهم بالتحية. – أتردد خوفاً من أن لا يروني، ولكني أسلم عليهم. – أتظاهر بأنني لا أراهم.	**إذا مررّت بمجموعة من زملائي في الكلية فإنني:** – أشاور لهم بالتحية. –أسلم عليهم بعد تردد. – أتظاهر بأنني لا أراهم.
	١١	**عندما أشعر بالضيق فإنني:** – أتصل بأحد أصدقائي وأتحدث معه. – أتردد قليلاً ثم أتصل بأحد أصدقائي. – أشعر بأن لا أحد يرغب في سماعي.	**عندما أشعر بالضيق فإنني:** – أتصل بأحد أصدقائي وأتحدث معه. – أتردد قليلاً ثم أتصل بأحد أصدقائي. – أمتنع عن الحديث مع أي شخص.
	١٣	**إذا أعجبني شيء في أحد المحلات التجارية فإنني:** – أدخل إلى المحل وأشتريه. – أتردد في الدخول ثم أدخل واشتريه. – أفضل أن آتى في وقت لاحق لشرائه.	**إذا أعجبني شيء في أحد المحلات التجارية فإنني:** – أدخل إلى المحل وأشتريه. – أتردد في الدخول ثم أدخل واشتريه. – أطلب من أحد أفراد الأسرة شراءهُ.
	٣١	**إذا قابلني أحد جيراني وأنا خارج من المنزل فإنني:** – أسلم عليه . – أسلم بصوت منخفض. – أعمل نفسي مش شايفه.	**إذا قابلني أحد جيراني وأنا خارج من المنزل فإنني:** – أسلم عليه . – أسلم بصوت منخفض. – أتجاهله وكأني لم أراه.

البعد الذي ينتمي إليه الموقف	رقم الموقف	الموقف قبل التعديل	الموقف بعد التعديل
البعد الثاني	٦	**عندما أكون ماشياً في كردو الكلية المزدحم بالطلبة والطالبات فإنني:** - أمشي ولا أشعر بأي حرج. - أشعر بالضيق والحرج عند المرور وسط الطلبة والطالبات . - أبحث عن أي مخرج لكي لا يراني هؤلاء	**عندما أكون سائراً في ممر الكلية المزدحم بالطلبة والطالبات فإنني:** - أمشي ولا أشعر بأي حرج. - أشعر بالضيق والحرج عند المرور وسط الطلبة والطالبات . - أبحث عن أي مخرج كي لا يراني هؤلاء
	٣٤	**عندما أذهب لتناول الطعام في مطعم مع أحد أصدقائي وسألني الجرسون ماذا تأكل:** - أطلب من الجرسون قائمة بالمأكولات. - أكلم الجرسون وأنا مرتبك. - أتصبب عرقاً ويحمر وجهي وأمتنع عن الكلام.	**عندما أذهب لتناول الطعام في مطعم مع أحد أصدقائي وسألني الجرسون ماذا تأكل:** - أطلب من الجرسون قائمة بالمأكولات. - أطلب من أحد أصدقائي أن يرد على الجرسون. - أتصبب عرقاً ويحمر وجهي وأمتنع عن الكلام.
	٤٠	**إذا فاجئنا أحد أصدقائي على الفيس برد سخيف لا يعجبني فإنني:** - أرد عليه بكل جرأة. - أرد وأنا متخوف من رده. - أرتبك ويشل تفكيري فلا أستطيع الرد.	**إذا فاجأني أحد أصدقائي على الفيس برد سخيف لا يعجبني فإنني:** - أرد عليه بكل جرأة. - أرد وأنا متخوف من رده. - أمتنع عن الرد عليه.

- ثم قامت الباحثة بترتيب مواقف المقياس بصورة متتالية، بحيث لا يأتي بموقفين متتاليين يقيسان نفس البعد، وبحيث تقيس المواقف الفردية البعد الأول من المقياس، بينما تقيس المواقف الزوجية البعد الثاني من المقياس، حتى يتسنى للباحثة بعد ذلك إمكانية استخدام طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات المقياس.

- وقامت الباحثة بعد ذلك بتحديد نظام الاستجابة على بنود المقياس، وكذلك مفتاح التصحيح على النحو الآتي: كل عبارة تمثل موقفاً له ثلاثة بدائل اختيارية للاستجابة، حيث تعطى الاستجابة الأولى للموقف الدالة على المستوى المنخفض من الفوبيا الاجتماعية على "درجة واحدة" ، وتعطى الاستجابة الثانية للموقف الدالة على المستوى المتوسط من الفوبيا الاجتماعية على "درجتين"، بينما تعطى الاستجابة الثالثة للموقف الدالة على المستوى المرتفع من الفوبيا الاجتماعية على "ثلاث درجات".
- وبعدها قامت بصياغة تعليمات تطبيق المقياس، حيث تطلب فيها من كل مفحوص قراءة وفهم كل موقف واستجاباته الثلاث جيداً، ثم اختيار استجابة واحدة من الاستجابات الثلاث لكل موقف من المواقف. وعليه أن يضع علامة (√) أمام الاستجابة التي يشعر بأنها تنطبق عليه، وألا يضع أكثر من علامة على استجابات الموقف الواحد.

ومن خلال العرض السابق، يتضح أن الصورة النهائية للمقياس، تضمنت "٤٠" موقفاً، موزعة على البعدين التاليين على هذا النحو:

البعد الأول: الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة، ويتضمن "٢٠" موقفاً.

البعد الثاني: الخوف من التقييم السالب، ويتضمن "٢٠" موقفاً.
وبالتالي تكون النهايتان الصغرى والعظمى للدرجة الكلية للفرد على المقياس هي "٤٠" و"١٢٠" درجة.

٣- إعداد الصورة النهائية لمقياس الفوبيا الاجتماعية:

للوصول إلى الصورة النهائية للمقياس، قامت الباحثة بحساب صدق وثبات مقياس الفوبيا الاجتماعية وذلك بتطبيقه على عينة من طلاب كلية التربية جامعة بنها، قوامها "٤٠" طالباً وطالبة من طلاب الفرقة الثالثة شعبة التربية الفنية، ممن تتراوح أعمارهم ما بين **(٢٠ – ٢١)** عاماً، وتوضح الباحثة فيما يلي نتائج الصدق والثبات:

(أ) حساب صدق المقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق الظاهري، وطريقة المقارنة الطرفية.

- **الصدق الظاهري:**

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية والتي قوامها "٤٠" طالباً وطالبة من طلاب الفرقة الثالثة شعبة التربية الفنية، واتضح أن التعليمات الخاصة بالمقياس ملائمة، وأن المواقف تتميز بالوضوح وسهولة الفهم.

- **صدق المقارنة الطرفية:**

تم حساب صدق المقارنة الطرفية وذلك للتحقق من القدرة التمييزية للمقياس، بمعنى ما إذا كان المقياس يميز تمييزاً فارقاً بين المستويين الميزانين الأعلى والأدنى، أي قدرة المقياس على التمييز بين الأعلى والأدنى في الصفة التي يقيسها، ولتحقيق ذلك تم اتباع الخطوات الآتية:

- ترتيب أفراد عينة التقنين وعددها "٤٠" طالباً وطالبة على مقياس الفوبيا الاجتماعية، ترتيباً تنازلياً.
- عزل "٢٥%" من العدد الكلي للدرجات من أول الترتيب التنازلي، ومن آخره، أي تم عزل أول "١٠" درجات من الترتيب (المستوى الميزان الأعلى)، وآخر "١٠" درجات من الترتيب (المستوى الميزان الأدنى).
- حساب متوسط درجات الأفراد في المستويين.
- حساب الفرق بين متوسطي درجات الأفراد في المستويين الميزانين.
- استخدام معادلة اختبار "ت" T - test للمجموعتين غير المتجانستين للعينتين المتساويتين للتعرف على مدى دلالة الفروق بين المجموعتين. ويلخص الجدول التالي النتائج التى تم التوصل إليها.

جدول "٣"

بيانات حساب صدق مقياس الفوبيا الاجتماعية بطريقة المقارنة الطرفية

المجموعة / البيان	مجموعة المستوى الميزان الأعلى	مجموعة المستوى الميزان الأدنى
عدد الأفراد (ن)	١٠	١٠
المتوسط الحسابي (م)	١٠٢	٤٢،٣
الانحراف المعياري (ع)	١٠،٥٥	١،١٨
التباين (ع٢)	١١١،٤	١،٤١
درجات الحرية للمجموعتين	١٨	
قيمة "ت" التجريبية	١٦،٦٧	
(ت) الجدولية عند مستوى "٠,٠١" لدلالة الطرفين عند مستوى "٠،٠٥"	٢،٨٨ ٢،١	
دلالة "ت" التجريبية	دال عند مستوى "٠،٠١"	

ومن جدول "٣" يتضح أن الفروق بين متوسطي درجات مجموعتي المستويين الميزانين الأعلى والأدنى، فرق دال إحصائياً عند مستوى "٠,٠١"، وفى اتجاه المستوى الميزاني الأعلى، مما يوضح أن المقياس يميز تمييزاً واضحاً بين المستويين الأعلى والأدنى، ومن ثم فإن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

ب- حساب ثبات المقياس:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بأربع طرق وهى :

إعادة تطبيق الاختبار، والتجزئة النصفية، وألفا كرونباخ، والاتساق الداخلي، ذلك على النحو التالي:

❖ **إعادة الاختبار:**

تم تطبيق المقياس على أفراد عينة التقنين وعددها "٤٠" طالباً وطالبة من طلاب الفرقة الثالثة شعبة التربية الفنية، ثم أُعيد تطبيق المقياس بفاصل زمني (١٥) يوماً بين التطبيق الأول والثاني. وكانت معاملات الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيقين كما هو موضح بالجدول "٤":

جدول "٤"

بيان بمعاملات الارتباط ودلالاتها الإحصائية، بين درجات الأفراد على المقياس، ودرجاتهم على نفس المقياس عند إعادة التطبيق

م	البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة	٠،٧٤٣	٠،٠١
٢	الخوف من التقييم السالب من الآخرين	٠,٨٠٤	٠،٠١
	الدرجة الكلية	٠،٧٧٤	٠،٠١

ومن جدول"٤" يتضح أن المقياس يتميز بالثبات، حيث إن جميع معاملات الارتباط بين درجات الطلاب على المقياس، ودرجاتهم عليه عند إعادة التطبيق، دالة إحصائياً عند مستوى "٠،٠١".

❖ **طريقة التجزئة النصفية:**

قامت الباحثة بتقسيم درجات أفراد عينة التقنين في مواقف مقياس الفوبيا الاجتماعية، إلى نصفين : يتضمن النصف الأول درجات الأفراد في المواقف الفردية، ويتضمن النصف الثاني درجات الأفراد في المواقف الزوجية، وبعد ذلك قامت الباحثة بحساب المتغيرات المطلوبة لحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وكانت النتائج كالآتي:

جدول "٥"

متغيرات حساب ثبات مقياس الفوبيا الاجتماعية بطريقة التجزئة النصفية

المجموعة / البيان	درجات المفردات الفردية	درجات المفردات الزوجية	الفروق بين درجات المفردات الفردية والزوجية	مجاميع الدرجات الفردية والزوجية (الدرجة الكلية)
الانحراف المعياري للدرجات (ع)	١٢،٦٧	١١،٧٧	١٠،٥٥	٢٣،٠٢
تباين الدرجات (ع)٢	١٦٠،٥٩	١٣٨،٥٩	١١١،٨	٥٣٠

وبعد ذلك تم حساب معادلة سبيرمان – بروان، ومعادلة رولون، ومعادلة جتمان. وكانت النتائج كالأتي :

جدول "٦"

معاملات الثبات لمقياس الفوبيا الاجتماعية بطريقة التجزئة النصفية ودلالالتها الإحصائية

المعادلة المستخدمة	معامل الثبات	الدلالة الإحصائية
معادلة سبيرمان – براون	٠،٨٣	٠،٠١
معادلة رولون	٠،٨١	٠،٠١
معادلة جتمان	٠،٨٧	٠،٠١

ويتضح من الجدول "٦" أن قيم معاملات الثبات المحسوبة من المعادلات الثلاث، دالة إحصائياً عند مستوى "٠,٠١"، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات في قياسه للفوبيا الاجتماعية.

❖ **طريقة ألفا كرونباخ:**

قامت الباحثة بحساب معامل الاتساق الداخلي (معامل ألفا α) لمقياس الفوبيا الاجتماعية، وذلك باستخدام معادلة ألفا كرونباخ التي تعتمد بشكل مباشر على تباين الدرجات الكلية للأفراد على المقياس ككل، وعلى تباينات درجات الأفراد في مواقف المقياس (كل على حدة)، وتلخص الباحثة ما توصلت إليه من نتائج فيما يلي:

جدول "٧"

نتائج حساب معامل الاتساق الداخلي (α) لمقياس الفوبيا الاجتماعية

م	البيان / أبعاد مقياس الفوبيا الاجتماعية	معامل الثبات بطريقة كرونباخ (ألفا)
١-	الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة	٠،٨٤٧
٢-	الخوف من التقييم السالب من الآخرين	٠،٨٦٥
	الدرجة الكلية لمقياس الفوبيا الاجتماعية	٠،٨٤٣

ويتضح من جدول"٧" أن معاملات الاتساق الداخلي للمقياس ككل، ولكل بعد من أبعاده، ذات قيم مرتفعة نسبياً ودالة إحصائياً؛ مما يدل على أن مقياس الفوبيا الاجتماعية يتميز بدرجة عالية من الثبات في قياسه للفوبيا الاجتماعية.

❖ **طريقة الاتساق الداخلي:**

حساب الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية له :

والذي يتضح من الجدول التالي:

جدول "٨"

بيان بمعاملات الارتباط بين مجموع درجات الفروق في كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية له

م	البعـــــــد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١-	الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة	٠،٨٧٥	٠،٠١
٢-	الخوف من التقييم السالب من الآخرين	٠،٨٥٦	٠،٠١

يتضح من جدول"٨" أن معاملات ارتباط جميع الأبعاد بالمقياس، دالة عند مستوى "٠،٠١" مما يدل على الاتساق المرتفع لأبعاد المقياس.

ويوضح جدول التالي ثبات المقياس من خلال معاملات الارتباط بين درجة الفرد في الموقف والدرجة الكلية للمقياس، ذلك :

جدول "٩"

بيان بمعاملات الارتباط بين درجة الفرد على الموقف والدرجة الكلية له في المقياس ودلالاتها الإحصائية

البعد الأول الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة				البعد الثاني الخوف من التقييم السالب			
رقم الموقف	معامل الارتباط	رقم الموقف	معامل الارتباط	رقم الموقف	معامل الارتباط	رقم الموقف	معامل الارتباط
١	٠،٨٨٥	١١	٠،٨٣٢	١	٠،٨٣٢	١١	٠،٨٢٩
٢	٠،٧٨٧	١٢	٠،٨٥٢	٢	٠،٨١٤	١٢	٠،٨٥١
٣	٠،٨٣٢	١٣	٠،٨٥٣	٣	٠،٨٤٤	١٣	٠،٨٤٤
٤	٠،٨٣٣	١٤	٠،٨٣١	٤	٠،٨٣٦	١٤	٠،٨٧٧
٥	٠،٨٤٠	١٥	٠،٨٢٨	٥	٠،٨٣٣	١٥	٠،٨٦٤
٦	٠,٨٤٠	١٦	٠،٨٣١	٦	٠،٨٤٥	١٦	٠،٨٥١
٧	٠,٨٣٢	١٧	٠،٨٣١	٧	٠،٨٢٢	١٧	٠،٨٥١
٨	٠،٨٥١	١٨	٠،٨٢٨	٨	٠،٨٢٩	١٨	٠،٨٤٤
٩	٠،٨٣٣	١٩	٠،٨٣١	٩	٠،٨٣٣	١٩	٠،٨٥٢
١٠	٠,٨٣٢	٢٠	٠،٨٣٢	١٠	٠،٨٣٣	٢٠	٠،٨٤٦

يتضح من جدول "٩" أن جميع المواقف قد حققت معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى "٠،٠١".

وأخيراً، وبعد التحقق من صدق وثبات مقياس الفوبيا الاجتماعية في صورته الأولية. وبناءً على ذلك يكون عدد مواقف المقياس "٤٠" موقفاً، موزعة على بعدى المقياس على النحو التالي:

البعد الأول: الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة، "**٢٠**" موقفاً

البعد الثاني: الخوف من التقييم السالب من الآخرين، "**٢٠**" موقفاً

وبناءً عليه، قامت الباحثة بإعداد الصورة النهائية لمقياس الفوبيا الاجتماعية، وذلك بإعادة ترتيب مواقف المقياس بصورة تبادلية، على أن تكون أعلى درجة كلية يحصل عليها المفحوص "١٢٠" درجة، وأدنى درجة كلية هي "٤٠" درجة، وتمثل الدرجة المرتفعة على المقياس، الفرد الذي يعاني من الفوبيا الاجتماعية، بينما تمثل الدرجة المنخفضة، الفرد الذي لا يعانى من الفوبيا الاجتماعية.

الأداة الثانية: مقياس وكسلر – بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين: تعريب وتقنين محمد عماد الدين ولويس مليكه (١٩٩٦):

(أ) وصف المقياس:

يتكون المقياس من "١٢" اختباراً، وينقسم المقياس إلى قسمين قسم لفظي وقسم عملي، وقد اختصر المقياس ليصبح عشرة اختبارات تصنف إلى: خمسة اختبارات لفظية وهى: المعلومات العامة، والفهم العام، والاستدلال الحسابي، والمتشابهات، والمفردات، وخمسة اختبارات عملية

وهى: تكميل الصور، وترتيب الصور، ورسوم المكعبات، وتجميع الأشياء والمتاهات(*).

ويهدف هذا المقياس إلى قياس كل من الذكاء اللفظي والذكاء العملي والذكاء العام لدى الأفراد. ويطبق هذا الاختبار بطريقة فردية، حيث يجلس كل من الفاحص والمفحوص في جلسة صريحة في غرفة هادئة، ويبدأ الفاحص في اختبار المفحوص على القسم الأول، وهو القسم اللفظي، حتى إذا انتهى منه انتقل إلى القسم العملي، وهكذا مع كل فحوص على حده.

(ب) صدق المقياس:

قام عدد من الباحثين بحساب الصدق التلازمي (أي صدق المحك) للمقياس، وذلك باستخدام محك التحصيل أو المحكات الأكاديمية الأخرى، وتراوحت معاملات الارتباط بين "٠,٥٠"، "٠,٦٠" كما أشار دليل المقياس إلى أن معاملات الارتباط بين درجات الأفراد في هذا المقياس ودرجاتهم في مقياس استانفورد- بينيه، لمجموعة عمرية متجانسة، بلغت "٠,٧٣" مع درجة الذكاء الكلية و "٠,٧١" للذكاء اللفظي، "٠,٦٠" للذكاء العملي.

(جـ) ثبات الاختبار:

تم استخدام طريقة التجزئة النصفية لكل اختبار فرعى فى المقياس للقسمين اللفظي والعملي، وقد بلغ معامل الثبات "٠,٩٦" للقسم اللفظي و "٠,٩٤" للقسم العملي، و "٠,٩٧" للمقياس ككل، كما تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار على ثلاث فئات عمرية، حيث بلغت معاملات الثبات "٠,٩٣"

(*) أما الاختباران اللذان تم حذفهما فهما: اختبار إعادة الأرقام، من القسم اللفظي، واختبار الشفرة، من القسم العملي، وقد تم حذفهما لضعف ارتباط كل منهما ببقية المجموعة التي ينتمي إليها.

و "٠,٩٠" و "٠,٩٥" للفئات الثلاث، وهى معاملات ثبات مرتفعــة. (مجــدي عبد الله، ٢٠٠٠، ٤١٢)

الأداة الثالثة : برنامج العلاج بالتعريض من أجل التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة (إعداد الباحثة).

قامت الباحثة بإعداد برنامج العلاج بالتعريض للتخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة.

وفيما يلي توضيح للأساس النظري الذي بُنيّ عليه البرنامج:

(أ)الإطار النظري للبرنامج :

يرتكز العلاج بالتعريض على الأسس النظرية (القديمة)، حيث يعد تطوراً طبيعياً للنظرية السلوكية الكلاسيكية والإجرائية، والنظرية المعرفية، والنظرية البيولوجية، ونظرية فعّالية الذات حيث إنه يجمع باتجاهاته المختلفة بين الوجّهات النظرية الأربع.

وتتمثل الفكرة الرئيسة التي يقوم عليها العلاج بالتعريض **Exposure therapy** في كونه منهجاً علاجياً قائماً على الأسس السلوكية الكلاسيكية، التي تَعمد إلى التركيز على الأعراض المباشرة وتعديل السلوك للفرد بدلاً من التركيز على الرغبات والحفزات اللاشعورية له، فمن هذا المنطلق إنصب هدفه على تعديل السلوك المتمثل في التجنب الناجم عن اضطرابات القلق، حيث افترض أن استجابة الخوف ما هي إلا استجابة ناتجة عن اقتران شرطي خاطيء بين مثير شرطي وآخر غير شرطي. حيث اعتبر **ولبي**(١٩٥٨) أن الفوبيا "مجموعة من الاستجابات الشرطية الخاطئة التي تكونت بفعل الارتباط الشرطي الخاطئ، حيث إن المثير الشرطي بعد اقترانه عدة مرات بالمثير غير الشرطي يكتسب خاصية المثير الشرطي، ويصبح له

نفس القدرة على إحداث الاستجابة الشرطية، والتي تقوى كلما وجدت تدّعيماً من البيئة الخارجية". **(Wolpe, 1990:63)**

فعندما يتم التقديم المتكرر للمثير الشرطي في غياب المثير غير الشرطي؛ يحدث فك لهذا الارتباط. ففاعلية العلاج بالتعريض لدى منظّروا السلوكية التشريطية والإجرائية، تكمن في قدرته على إحداث انطفاء للاستجابة الشرطية(الخوف)، كنتيجة حتمية للتقديم المتكرر للمثير الشرطي(المثير المرهوب)، في غياب المثير غير الشرطي(سلوك التجنب). **(Rorthboum & Davis, 2003:13)**

هذا ما جعل البعض يذهب لإعتبار العلاج بالتعريض العنصر الأساسي، أو كما أسموه بلبّ العلاج للفوبيات واضطرابات القلق، ويرى **ولبي** أن الكفّ بالنقيض هو ميكانيزم الفعّل في هذا العلاج، الذي وصفه على أن استجابة الخوف تقّل وتضّعف عند مواجهة المثيرات المخيفة؛ عندما يتعلم الفرد بعض الاستجابات المُعادية لها. فيرى **ولبي** أن استجابة الخوف تضّعف عندما يُطلَب من الفرد تخيّل مشهد مدّرج عن بعض المثيرات المرهوبة له، على أن يقابلها بالاسترخاء كاستجابة مُعادية لها. فيُمثّل العلاج بالتعريض من تلك الوجِهة نموذجاً علاجياً سلوكياً مكثفاً وموجه، كما هدف إلى كفّ الاستجابة الشرطية(الخوف)، باستخدام فنيات مختلفة كالتحصين التدريجي والاسترخاء. **(Wolpe, 1990: 63)**.

وتبع أبحاث **ولبي** عمل **مورار Mowrer** (١٩٦٠) حيث توصل من خلال أبحاثه إلى أن ظهور استجابة انفعالية وهي الخوف عند مواجهة بعض المثيرات المرهوبة بالنسبة للفرد والتي تُعد بمثابة "**العامل الأول**"، ويقابلها استجابة سلوكية تدّعمها متمثلة في سلوك التجنب والذي يعد بمثابة

"**العامل الثاني**". ومن هنا قدم **مورار** وفقاً لتلك الوجهة تفسيراً لفاعلية العلاج بالتعريض، متمثلاً في أن المواجهات المتكررة للمثيرات المرهوبة، تُكسب الخبرات الأليمة المرتبطة بها تناقصاً تدريجياً إلى أن يختفي سلوك التجنب، في منعه سلوك التجنب للمثيرات المرهوبة وذلك عند مواجهتها؛ بإنماء سلوكيات بديلة مرغوب فيها عن طريق إبقاء الفرد في الموقف مع تشجيعه تُعلم معلومات جديدة عن الموقف، وأوضح أن ذلك يتم من خلال مسرحية – أن صح التعبير– يتقلد الفرد فيها دوراً مغايراً لطبيعته مع ضرورة التعزيز أو التدعيم من قبل المعالج لاحتفاظ بالسلوك المُتعلَم.

(Richard, et al., 2006:11)

وكان للانتقادات التي وُجهت لـــ **ولبي ومورار** أثرٌ كبير في دفع **لانج**(١٩٧٧) لوضع نظريته الحيوية التي تستند إلى الوجِهة النظرية البيولوجية، حيث افترض أن للخوف مكونات معرفية وفسيولوجية، بوصفه بأن له ذاكرة انفعالية يتم تخزينها على شبكة خاصة بدلالات لفظية معينة، والتي يتم انماؤها داخل المخ، ليصبح **لانج** أول من أدخل مفهوم شبكة العمل الانفعالية في تفسير استجابة الخوف لدى الفرد، والتي يتم بناؤها على أساس اللغة البشرية المنطوقة والتي تُشكّل أفكار الفرد وذكرياته عن خبرة مستهجنة مرتبطة بموقف أو مثير ما.

(Lang, et al., 1977:866 & 1979:499)

فتعريض الفرد المتكرر للمثيرات المرهوبة والتي يتم تمثيلها في صورة مسرحية، شريطة أن تشتمل على مجموعة من السلوكيات الاجتماعية الصحيحة، والتي تنطوي على دلالات لفظية منطوقة تقلّل من القلق ومن ثم سلوك التجنب للفرد.

(Wilson & Murrell, 2004 :82)

وتشير الباحثة إلى أنها استفادت من بعض الفنيات المرتبطة بتلك الوجهات النظرية والتي تترجم آليات الفعّل التي يرتكز عليها البرنامج العلاجي المُعد، ومنها الاسترخاء، والتحصين التدريجي، والغمر، والتخيل، ولعب الدور، والنمذجة، والتعزيز الموجب، شريطة أن تتناسب مع خصائص عينة الدراسة وأهداف البرنامج.

وبنى **رتشمان Rachman (١٩٨٠)** نظريته على نتائج نظرية **لانج** الحيوية حيث أدخل الانفعالات في عملية، مفترضاً أن مفهوم العمليات الانفعالية يعنى به العملية التي تتم بواسطتها فهم واستيعاب الانزعجات للمثيرات غير السارة، فالعلاج بالتعريض يعمد إلى مواجهة تلك المثيرات عن طريق تعديل السلوك اللاتكيفي غير المرغوب فيه، بإحلال استجابة أخرى تكيفية مرغوب فيها. مؤكداً في ذلك دور ميكانيزم التعود والكف بالنقيض أثناء جلسات العلاج بالتعريض المسؤلان عن إحداث التقدم في العملية الانفعالية. **(Rachman, 1980 :52)**

كما قدم **رتشمان(١٩٨٣)** نظريته الخاصة بالإشارات الآمنة التي تقوم على فكرة مؤداها"أن المزاوجة بين القاعدة الأساسية للسلوك الآمن مع القاعدة الأساسية للمثير المرهوب؛ تعمل كحافز يُسهّل ويُحفّز الفرد على التخلص من خوفه الزائد وغير المنطقي، فالإشارة الآمنة هنا تعمل على إحداث تغير معرفي تكيفي لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق، حيث تساعده على أن يتعود أو يعتاد على وجوده بمفرده في مثل تِلك المواقف. **(Rachman,1983 : 569)**

إلى أن جاء **فوا وكوذاك**(١٩٨٦) ليستكملا افتراض **رتشمان** للعملية الانفعالية، حيث أعزوا فاعلية العلاج بالتعريض في خفض الخوف، إلى التغير الحادث في بنّية الخوف الموجودة في ذاكرة الفرد إبان التعريضات المتكررة للمثيرات المرهوبة، والتي تحتوي على المعارف والمعلومات والسلوكيات المتعلقة بالمثير المرهوب، وأكدا على أن الميكانيزم الفعّال في خفض الخوف خلال جلسات العلاج بالتعريض هو التعود ***"Habituation"*** ، الذي يُعد نتاج للتغير الحادث في بنّية الخوف الخاصة بالفرد، فيعمل على تعديلها بإكسابه معلومات صحيحة عن طبيعة وحجم المثير المرهوب. ففاعلية العلاج بالتعريض تبعاً لتلك الوجهِة، تكمن في قدرته على تنشيط تلك البنّية لإتيان العلاج ثماره المرّجوة . **(Foa & Kozak,1986:23)**

ولقد استفادت الباحثة من الوجهة النظرية لـــ **رتشمان وفوا وكوذاك** التي تستند إلى نموذج العملية الانفعالية في تفسيرهم لفاعلية العلاج بالتعريض، والذي أكد على أن التعود هو الميكانيزم المسئول عن تخفيف الخوف في معظم اضطرابات القلق ولاسيما الفوبيا الاجتماعية، فاستعانت ببعض فنيات التعود ومنها: فنية الكشف الانفعالي/التعريض المكتوب والتي استخُدمت على يد بيني باكر **Pennebaker (١٩٩٠)** ، بهدف معرفة القوة الكامنة في العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية، واضطراب الهلع، وقدرته على إحداث تعديل في البنّية المعرفية للخوف والمرتبطة ببعض المثيرات المرهوبة، بالشكل الذي يندرج عنه حدوث التعود، حيث يعتاد الفرد عن طريقة الكتابة المتكررة عن كل ما يخطر بذهنه عن تلك المثيرات عند تذكرها، فيتمكن بتلك المواجهة من كفّ استجابة الخوف كنتيجة حتمية لاعتياده على مثل تلك المثيرات، وإن كان على مستوى الخيال.

واستعانت الباحثة أيضاً بفنية الإشارات الآمنة في برنامجها العلاجي المُعدّ من أجل تحفيز عينة الدراسة على مواجهة المواقف الاجتماعية التي تنطوي على تهديد بالنسبة لهم، وذلك باصطحاب إحدى الإشارات الآمنة والتي تتمثل في أحد الوالدين، أو أحد الأصدقاء، أو مكان ما مألوف بالنسبة له، حيث تساعدهم على التعود على التواجد بمفردهم في المواقف المرهوبة، وأكثر تقبلاً وتحملاً للآثار الناتجة عن التعريض باستحداث خبرات جديدة تكيفية .

ثم أُدخل بعض التدخلات المعرفية على العلاج بالتعريض لزيادة فاعليته في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية واضطرابات القلق. فقد أشار **فورزيث (٢٠٠٦)** إلى أنه يقصد بالتدخلات المعرفية في العلاج بالتعريض بالاستراتيجيات التي تهدف إلى مساعدة الأفراد على التخلي عن أساليبهم المعرفية الخاطئة، بدحض الأفكار اللاعقلانية الخاطئة المرتبطة بالمثيرات المرهوبة لهم واستبدالها بأفكار أخرى عقلانية ومنطقية عن تلك المثيرات، فالعلاج بالتعريض تبعاً لتلك الوجهة عبارة عن مجموعة من التأويلات المعرفية المستحدثة عن المثيرات المرهوبة والتي تؤدي إلى كفّ استجابة الخوف مستنداً في ذلك إلى العلاقة التفاعلية بين الأفكار والانفعالات والسلوك. **(Forsyth, 2006: 66)**

ولقد استعانت الباحثة ببعض التدخلات المعرفية المتمثلة في الأحاديث الذاتية، والمحادثات الثنائية، انطلاقاً عن فاعليتها في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة، حيث تساعد الفرد على استبدال الأفكار اللامنطقية والعبارات النفسية الزائفة، والتقديرات السلبية عن الذات، والتفكير المشوه، والتوقعات والتفسيرات الخاطئة عن معظم المواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها، فيقوم العلاج بالتعريض من وجهة نظرهم على تزويد الفرد

بالمعلومات والأفكار المعرفية الصحيحة عن تلك المواقف، وعن ذواتهم عند التفاعل معها؛ لملأ الفراغ الموجود في ذاكرته بتعلم جديدً صحيح، فتقلّل من شعوره بضعف الثقة بالذات والشعور بالدونية عن مواجهتها.

ثم جاء **منيكا وتومس**(۱۹۹۹) ليُرجعا فاعلية العلاج بالتعريض إلى نظرية فعّالية الذات المدّركة لــ **باندورا Bandura**، حيث اعتبرا أن العلاج بالتعريض يلعب دوراً هاماً في زيادة تحكم الفرد المُدرك لذاته، وما يترتب عليه من زيادة في كفاءتها وفعّاليتها عند مواجهة المواقف المرهوبة، بتمكُن أكبر في تغيير البيئة بالقدر الذي يسمح له بالتفاعل معها. فمن هنا يُعدّ التحكُم المدّرك وفعّالية الذات هما المسؤلان عن كفّ استجابة الخوف في العلاج بالتعريض، لقدرتهما على تعميم آثار العلاج على البيئات والمواقف المختلفة. **(Mineka & Thomas, 1999:759)**

وقد استفادت الباحثة أيضاً من تلك الوجهة النظرية في البرنامج العلاجي المُعدّ، مستعينة في ذلك ببعض فنياتها العلاجية مثل فنية الضبط المعرفى للذات ***Self control*** *بنموذجيه* **الأول** : ***"FEAR" technique*** لــ **كيندال وآخرون (Kendal, et al., 1992)**، **والثاني** : ***"STOP" technique*** لــ **سلفرمان وكوليجز Silverman & Colleagues (۱۹۹٦)**، وأيضاً فنية إدارة الضغط، وفنية إدارة الوقت، لما لهذه الفنيات من الدور الهام في إكساب عينة الدراسة القدرة على مواجهة المواقف المرهوبة من خلال زيادة تحكُمه المدّرك بذاته بالشكل الذي يزيد من فعّاليتها في التغلب على خوفها عند مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة.

ثم جاء **تريون** (**۲۰۰۵**) ليعكس وُجِهة النظر البيولوجية، والذي يُعدّ استكمالاً للنظرية الحيوية لــ **لانج** (**۱۹۷۷**)، والتي تعزو فاعلية العلاج بالتعريض إلى ذاكرة التعلم باعتبارها عاملاً فعّالاً في كفّ استجابة الخوف لدى الفرد، حيث افترض **تريون**" أن التعلم والذاكرة يتشابكان في نقطة واحدة

في الدماغ، معتبراً أن للخوف شبكة عصبية وأن الاستجابة العصبية تعتمد على درجة التنشيط الحادث في الشبكة، وتنبثق فاعلية العلاج بالتعريض عند إحداث تغيُر في وزن الرابطة العصبية بين التعلم الجديد وذاكرة الخوف (نقطة الاشتباك)؛ مما يؤدي تعديل في الشبكة العصبية بما يتلائم مع خصائص المثير الحقيقية وبالتالي يتغير معناه المُدرك، مما يُفسر التقدم في العملية العلاجية**(Tryon, 2005:81)**.

ولقد استعانت الباحثة من هذه الوُجِهة النظرية في برنامجها العلاجي من خلال استخدام فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة **لــ شابرو Shapiro** (١٩٩٥) والتي تستند إلى **نظرية لانج الحيوية**، والتي تُعدّ أحد الطرق أو التكنيكات المثيودُلوجية أي التي تعتمد على طبيعة الفرد ذاته، وعلى تركيبته العصبية)، حيث تساعد هذه الطريقة في إحداث تغيُرات في ذاكرة الخوف بخبراتها عن المواقف والمثيرات المرهوبة، والتي تتشابك مع مايتعلمه الفرد، ففي هذة الفنية تحث الباحثة حالات الدراسة على تأمل ذاتهم في الموقف الاجتماعي المرهوب الذي ينطوي على خبرة مستهجنة لهم، والذي يبتعث حالة من الإثارة الفسيولوجية لديهم كزيادة ضربات القلب، وتصبب العرق، واهتزاز اليدين الذي يعتبر مؤشراً لزيادة إفراز هرمون الأدرينالين من الغدة الفوق كلوية الذي يُعدّ المسئول عن ظهور الأعراض الفسيولوجية للخوف لدى الفرد، فعندما تلاحظ الباحثة ذلك عليهم، تطلب منها الاسترخاء (تعلم صحيح وإيجابي)، وهو استجابة مناقضة لاستجابة الخوف، مما يساعده على التغيير في الشبكة العامة للخوف في داخل الدماغ. ففي هذه الفنية يحدث استرخاء لحركة العين التي ترتبط بشكل مباشر بشكبة العصبية لذاكرة الخوف في **نموذج تريون.**

وقد عمدت الباحثة إلى إجراء التعريض بأشكاله الثلاثــة (التعــريض التخيلي، أو التعريض للواقــع الافتراضــي غيــر الغمــري، أو التعــريض الواقعي)؛ استناداً منها إلى التنوع في أســاليب وفنيــات وأشــكال العــلاج بالتعريض. فمن خلال جلسات التعريض التخيلــي(المرحلــة الأولــى مــن العلاج)، تتَعرّف على بعض مواطن الرهبــة المرتبطــة بــبعض المواقــف الاجتماعية لدى الطالب والتي تنطوي على دلالة معينة، ومحاولــة التعــرف على سبب أو لُبّ الخوف لديه، والذي تمثل في شــعوره العميــق بالدونيــة، وضعف الثقة بالذات، وانخفاض مستوى التوكيدية.

وبعد ذلك عمدت الباحثة إلى تعريض الطلاب للواقع الافتراضي غير الغمري(المرحلة الثانية من العلاج)، الذي أُعِدّ بشكلٍ جذاب يجذب انتباههم للتفاعل معه، حيث تميز بالواقعية في تجسيده لمواقف التفاعل الاجتماعي، وفي حداثة فكرته التي تُجسد نموذجاً حقيقياً للتفاعل بين الطالب والكمبيوتر، والذي يُعدّ أحد طرق العلاج الحديثة التي تعتمد على استخدام التكنولوجيا في العلاج.

وأخيراً، تأتي مرحلة التعريض الواقعي والتي تتمثــل فــي تعــريض الطلاب لمواقف اجتماعية حقيقية مماثلة للبيئة الواقعية، وقد استُخدِم في جميع المراحل السابقة التعريض الفردي والجماعي حسب إحتياج كل موقف علــى حدة وكل مرحلة.

وترى الباحثة ضرورة النظرة التكاملية لجميع الأُطر النظرية المفسرة لفاعلية العلاج بالتعريض عند إعدادها للبرنامج الحالي من أجل التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة، ولذلك يمكن تعريف برنامج العلاج بالتعريض في الدراسة الحالية بأنه علاج تكاملي مُخَطّط ومُنَظّم يَهدُف إلى تمكين الطلاب من مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة بالنسبة لهم بدلاً

من تجنبها والابتعاد عنها، عن طريق كَفّ استجابة الخوف المسئولة عن ظهور تجنبه لمعظم المواقف الاجتماعية، عن طريق استخدام مجموعة من الفنيات والأساليب المتنوعة، التي أُختِيرت وفقاً لتباين الأُطر النظرية المفسرة لفاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب، ويتكون البرنامج العلاجي من خمسة وعشرون جلسة تناولت الباحثة فيها العديد من الفنيات مثل الاسترخاء، والغمر، وتحصين حركة العين وإعادة المعالجة، والضبط المعرفي للذات، الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب، والإشارات الآمنة، ولعب الدور، والنمذجة، ... وغيرها.

(ب) أهداف البرنامج:

يتمثل الهدف التطبيقي الرئيسي للبرنامج العلاجي المُعدّ في هذه الدراسة في: التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة؛ وذلك من خلال برنامج العلاج بالتعريض. ويتمثل التحقق الإجرائي لهذا الهدف في انخفاض متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية عن متوسط درجات المجموعة الضابطة، بدرجة دالة إحصائياً، وذلك على مقياس الفوبيا الاجتماعية (إعداد الباحثة)، بعد تطبيق البرنامج؛ وكذلك أيضاً فى انخفاض متوسط درجات القياس البعدي عن متوسط درجات القياس القبلي، لنفس المجموعة التجريبية، في مقياس الفوبيا الاجتماعية (إعداد الباحثة).

ويتم تحقيق هذا الهدف من خلال الأهداف النظرية الفرعية التالية:

- إكساب الطالب التي يعانى من الفوبيا الاجتماعية فهماً أعمق لمشكلته.
- تبصير الطالب بطبيعة الفوبيا الاجتماعية، وما مفهومها، وأعراضها، ومكوناتها.
- إكساب الطالب خبرات جديدة تزيد من ثقته بنفسه، وقدرة أكبر في التغلب على مشكلته؛ من خلال مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة.

- زيادة قدرة الطالب على التحكم في ذاته، وزيادة فعاليته من خلال مواجهة الموقف الاجتماعية المرهوبة.
- مساعدة الطالب على تعلم سلوكيات اجتماعية صحيحة مرغوبة، عند مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة.
- إكساب الطالب بعض أساليب المواجهة التي تُمكنه من مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة، والتفاعل معها بإيجابية واقتدار.
- زيادة قدرة الطالب على مبادأة التفاعل مع الآخرين، والتخلص من الحساسية الزائدة للنقد أو التقييم السالب من قبل الآخرين.

ج: مصادر محتوى البرنامج:

اعتمدت الباحثة في بناء محتوى البرنامج على عدة مصادر أهمها:

١- الإطار النظري للدراسة، والذي يُلقى الضوء على كل من العلاج بالتعريض والفوبيا الاجتماعية.

٢- بعض الدراسات والبحوث السابقة، التي تناولت العلاج بالتعريض للفوبيات النوعية المختلفة، ولاضطرابات القلق بشكل عام، وللفوبيا الاجتماعية بشكل خاص.

٣- بعض البرامج العلاجية التي تم إعدادها في إطار دراسات وبحوث سابقة بهدف علاج الفوبيا الاجتماعية، ومن هذه البرامج:

- برنامج قائم على السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال، إعداد : **آمال الفقى (٢٠٠١).**
- برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لتخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الأطفال، إعداد : **محمود الشهاوى (٢٠٠٧).**
- برنامج العلاج بالتعريض الافتراضي المدرج من أجل الفوبيا.

Virtual Graded Exposure therapy for phobia,(2003).

إعداد : Horowtiz, Eric

- برنامج العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي من أجل الفوبيا الاجتماعية.

Virtual Reality Exposure Therapy for Social Pbobia (2005).

إعداد: Herbelin, Bruno

- برنامج العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي في علاج الفوبيا الاجتماعية.

Virtual Relaity Exposure Therapy in Treatment of Social Phobia(2006)

إعداد:**.Klinger, etal**

- برنامج العلاج بالتعريض والإشارات الآمنة .

Exposure therapy and safety signals, (2006)

إعداد **Milosevic, Irena**

- برنامج العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي من أجل الفوبيا الاجتماعية.

Virtual Reality Exposure Therapy For Social Phobia (2008)

إعداد : **Brinkman, et al**.

- برنامج التعريض للواقع الافتراضي و الفوبيا الاجتماعية .

Virtual Relaity and Social Phobia,(2008)

إعداد : **Inan, Fatma**

- برنامج العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي من أجل القلق والفوبيا النوعية.

Virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias, (2008).

إعداد : **Parsons & Rizzo**.

- برنامج العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي الغمري وغير الغمري من أجل الفوبيا الاجتماعية.

Virtual reality exposure therapy for social phobia**(2011).**

إعداد: **Pricea, etal**

د: الأسس النفسية والتربوية التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم البرنامج الحالي على مراعاة الأسس الآتية :

١- مراعاة خصائص الطلاب ذوي الفوبيا الاجتماعية سواء كانت خصائصهم النفسية، أوالاجتماعية، أوالعقلية ، وأيضاً مراعاة حاجاتهم، واستعداداتهم، وميولهم، وقدراتهم.

٢- مراعاة الفروق الفردية ومبادئ جلسات العلاج بالتعريض الفردي.

٣- مراعاة أسس ومبادئ وخطوات العلاج بالتعريض، التي عرضتها الباحثة في الإطار النظري للدراسة والبرنامج الحالي.

٤- تدعيم العلاقة بين الباحثة والمشاركين في البرنامج، بتهيئة جو من الثقة والاحترام المتبادل بينهما، لبلوغ علاقة علاجية قوية.

٥- استثمار طاقات المشاركين النفسية في البرنامج والاستفادة منها أثناء إجراء جلسات البرنامج العلاجي.

٦- مراعاة الاختيار المناسب للمكان والأدوات والوسائل التي تساعد على تهيئة جو مناسب وجيد لنجاح البرنامج العلاجي.

٧- يشجع البرنامج العلاجي المشاركين على حرية التعبير عما بداخلهم من أفكار، أو مشاعر، أو حاجات، مما يساعدهم على تقبل مشكلتهم ومحاولة حلها أو التغلب عليها.

٨- يشجع البرنامج العلاجي المشاركين على مواجهة المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف والقلق لديهم، في بيئات اجتماعية مختلفة منها (التخيلية، والافتراضية، والواقعية).
٩- يقوم البرنامج في نهاية كل جلسة بإثارة المناقشة والحوار والتغذية المرتدة بين الباحثة والمشاركين أثناء جلسات العلاج، من أجل الوصول إلى الاستبصار الذاتي.
١٠- مراعاة اشتمال البرنامج العلاجي على أنشطة ترويحية؛ للتخفيف من القلق والتوتر، والانزعاج لدى المشاركين من طول مدة الجلسة شريطة أن تتناسب مع طبيعتهم وميولهم.
١١- استخدام أسلوب التعزيز الموجب، والتشجيع من جانب الباحثة، عندما ينفذ الفرد ذو الفوبيا الاجتماعية المهام المطلوبة منه.
١٢-مراعاة الباحثة أن تكون معظم مواقف العلاج بالتعريض المستخدمة في البرنامج، مواقف اجتماعية حياتية تلقى استحسان ورضا من جميع المشاركين، وأيضاً من أجل أن تكون أكثر مصداقية ومواءمة لبيئتهم الطبيعية.
١٣-استخدام أسلوب الواجبات المنزلية وذلك لسببين الأول : من أجل التأكد من نجاح التدريب في الجلسة والمشاركة الجادة من قبل الحالة، والثاني: لتحديد بدايات الجلسات التالية ودرجة وشدة الاضطراب.

٥.: فنيات وأساليب برنامج العلاج بالتعريض :

تتعدد فنيات وأساليب العلاج بالتعريض وفقاً للأُطر النظرية المفسرة لآليات الفعّل السابق الإشارة إليها في الإطار النظري للبرنامج، وفيما يلي عرض موجز عن الفنيات المستخدمة:

١-فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب:

Emotional Disclosure / Written Exposure
Pennebaker's written emotional disclosure protocol

ظهر الكشف الانفعالي/التعريض المكتوب كتكنيك في العلاج بالتعريض، عندما استخدمه **بينى باكر** (١٩٩٠) **Pennebaker** محاولةً منه لمعرفة القوة الكامنة في العلاج بالتعريض في التخفيف من القلق في الفوبيات النوعية، واضطراب الهلع. حيث تتطلب هذه الفنية كتابة الفرد المتكررّة لما يخطر في ذهنه من أفكار دفينة، وما يشعر به من مشاعر عميقة مؤلمة التي لم يكن يرغب في تذكرها، والتي ترتبط بخبرات مستهجنة عن مواقف بعينها خبرُها الفرد في مراحل حياته المختلفة **(Pennebaker, 1997: 162)**

ويذكر الدليل التشخيصى والإحصائي الامريكي للاضطرابات العقلية الرابع *(DSM-IV)*، أن أول استخدام لهذا التكنيك كان في علاج اضطراب الضغط الناشئ ما بعد الصدمة؛ حيث استُخدم معه الكشف الانفعالي/التعريض المكتوب **لــ بيني باكر**، للكشف عن الخبرات الضاغطة في حياة الفرد والمرتبطة ببعض المواقف الصدمية التي مر بها، حيث تعمل على تكثيف الخوف بغمر الفرد في الحدث المؤلم بتذكره وكتابته المتكررة.

(Hoodin & Gillis, 2006: 290 – 291).

وقد تم اختبار هذا التكنيك على فئة من المراهقين ذوى الاحتياجات الخاصة، وحقق أثراً فعالاً في علاجهم. **(Smyth, 1998: 176)**. ثم فُحص هذا التكنيك في العلاج بالتعريض لمرضى الاكتئاب الانفعالي المصابين بسرطان البروستاتا، وقد حقق تقدماً ملحوظاً في التخفيف من الأعراض الاكتئابية لديهم**(Zakowski, et al., 2004: 558)**.

وتكمن فاعلية هذه الفنية في العلاج بالتعريض وفقاً لافتراضات **بينى باكر Pennebaker**؛ في الميكانيزمات الفسيولوجية المتمثل في ميكانيزم التعود، الذي يعمل على إزالة الضغط والقلق الذي سببه الحرمان، أو الكبت، أو القمع للأفكار المعرفية المؤلمة، حيث يحدث دمجاً بين الجانب الانفعالي، والجانب المعرفي، مما يُحدث تحولاً أو تغيراً في البنيات المعرفية للخوف لدى الفرد. وأكد **بينى باكر**على أن أهمية تكنيك الكشف الانفعالي المكتوب كأسلوب أو فنية تعريضية تكمن في تحريره وإظهاره القوة الكامنة للخوف المرتبطة ببعض المواقف أو المثيرات، فيحدث التعود **"Habituation"**، كاتصال خيالي مع المثيرات المرهوبة والتي تنطوي على خبرات أليمة مستهجة. فمن خلال الكتابة المتكررّة عن المواقف الصدمية للفرد؛ فيعتاد عليها وفُكفّ الاستجابة غير التكيفية لديه.

(Francis & Pennbarker, 1992: 281)

ويساهم نموذج الكشف الانفعالي المكتوب في توجيه الأفراد إلي مواجهة الأحداث والذكريات المؤلمة التي تثير مشاعر الاستهجان والحزن لديهم، حيث أكد معظم المعالجين على أن الكتابة خلال الجلسات تُسهم في وقف الأفكار المؤلمة المرتبطة بالخبرات المؤلمة، واعتبروا هذا التكنيك شكلاً من أشكال التعريض الذي يفي بالغرض الرئيسي للعلاج.

(Solan & Marx, 2004: 171)

وتستخدم هذه الفنية في العلاج بالتعريض للفوبيا الاجتماعية، حيث يوجه الطالب إلى كتابة كل الأفكار المؤلمة، والمشاعر المستهجنة المثيرة للحزن لديه والمتعلقة بموقف مؤلم صادم مر به، وذلك في جلسة مدتها (١٥ – ٣٠) دقيقة، كل (٣ – ٥) أيام **(Penrebaker, 1997: 163)**

فكفّ استجابة الخوف يحدث؛ عندما يصبح الفرد نفسه قادراً على إحداث التعود عند كتابة المواقف المثيرة لمشاعر وانفعالات الخوف والاكتئاب لديه، وهذا من خلال التكرارات الكتابية التي يقوم بها لنفسه. فمن هنا يُعدّ أسلوب الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب من أهم الإجراءات التعريضية المستخدمة بفاعلية في التخفيف من الأفكار اللامنطقية، والمشاعر والانفعالات المستهجنة، والخبرات الأليمة لدى الأفراد ذوو الفوبيا الاجتماعية بصفة خاصة، واضطرابات القلق بصفة عامة، حيث تُساهم فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب في توجيه الأفراد إلى المواجهة الخيالية للخبرات المؤلمة؛ من أجل الوصول إلى التعود الذي يُعدّ الميكانيزم الفعّال في العلاج بالتعريض.

(Solan & Marx, 2004: 173)

وقد استعانت الباحثة بهذه الفنية في جلسات التعريض التخيلي حيث دربت المشاركين في البرنامج على تذّكر خبرة اجتماعية أليمة مروا بها، كالتعرض للنقد أو السخرية من قبل المحيطين بهم، والتي تُثير مجموعة من المشاعر المستهجنة والأفكار اللامنطقية الحزينة المرتبطة بها عند تذكرها، فمن خلال الكتابة المتكررّة لما يخطر في أذهانهم من أفكار دفينة، وما يشعروا به من مشاعر عميقة مؤلمة غير المرغوب في تذكرها. وترى الباحثة أن فاعلية هذه الفنية في العلاج بالتعريض تكمن في إحداث دمجاً بين الجانب الانفعالي، والجانب المعرفي لدى الطالب، مما يُعدّل من البنّية المعرفية للخوف بالقدر الذي يسمح بتحرير وإظهار القوة الكامنة للقلق، وبالتالي قدرة أكبر في مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة وبالتالي التخلص من خوفه.

٢- فنية التحصين وإعادة معالجة حركة العين: "EMDR"

Eye Movement Desensitization and Reprocessing:

قُدِمت هذه الفنية إلى العلاج بالتعريض عندما قام **شابرو Shapiro (١٩٩٥)** بوصف ***"EMDR"*** على أنه أحد التكنيكات المنهجية الميثودولوجية ***"Methodology"*** ، وهي تعني الأسلوب أو الطريقة ذات الطبيعة الخاصة المعتمدة على الفرد ذاته، والتي استخدمت بكفاءة في العلاج بالتعريض. ويتم تنفيذ هذه الفنية عن طريق الخطوات الآتية:

* أن يُعطي المعالج العميل صورة ما عن موقف أو مثير ما، ويُطلب منه التأمل فيه ثم يخبره ما إذا كانت تُذكره بخبرة ألم سابقة، والتي يُطلب منه أن يُعبر عن تلك الخبرة بوصف انفعالاته وأفكاره المتعلقة بتلك الموقف أو المثير، ويبدأ المعالج في ملاحظة التغييرات الفسيولوجية التي تظهر عليه والتي لها علاقة بها.
* يُخبر المعالج العميل بأنه من المسموح له تُذكر الخبرات، والذكريات، والأفكار، والمشاعر، والأحاسيس التي ليست لها علاقة بالخبرة أو الموقف الصدمي الأليم.
* يُرشد العميل إلى التأمل في الصورة الذي تمثل أحد المواقف المثيرة للقلق، بطريقة تجعله يستحضر الذكريات الأليمة الموجودة في ذاكرته والمتعلقة بتلك الموقف، ويطلب منه تتبع حركة أصبعه أمام عينه بالقرب والبعد عنها (ذهاباً وإياباً لمدة ٣٠ ثانية)، يطلب منه الصمت، وأخذ نفس عميق لإتمام عملية الاسترخاء، ثم يسأله" ماذا يأتي بعد ذلك؟

(What comes up)

* يُطلب منه الإفصاح عن أي تغييرات طرأت على ذاكرته، أو ظهور أي ذكريات أخرى، أو تُعلم شيء جديد من الصورة، ومن الممكن سؤاله بعض الأسئلة التي تُتيح للمعالج فرصة التعرف على أفكاره اللامنطقية المرتبطة بمعتقداته السالبة عن ذاته.

* ويُرجع **شابرو** (١٩٩٥) التطورات التي تحدث في الذاكرة إلى سلسلة من الروابط، التي تربط بين الانفعالات والمعارف والأحاسيس الخاصة بالعميل وفقاً للافتراضية التي تقول أن للخوف شبكة عمل انفعالية، يخزن بداخلها خبرات الفرد عن المثيرات والمواقف المختلفة، حيث يركز الفرد على هذه الخبرات عندما يأتي للعلاج.ويؤكد "**شابرو**" أنه عندما تبدو هذه الروابط والعلاقات بين هذه الانفعالات والمعارف غير واضحة ***"run dry"***، أو إذا توقف العميل عن الإفصاح عن التغير، عندئذ يتم توجيهه وإرشاده للعودة مرة أخرى إلى الخبرة الأصلية والتركيز عليها، مع الإفصاح عن ما يأتي بعد ذلك، ووفقاً لما يحدده المعالج من درجة وكثافة التعريض خلال الجلسة.
* يتم تكرار هذه العملية حتى يُخبر المعالج بعدم وجود أي إنزعاج، أو توتر، أو أية استثارة انفعالية لديه في الذاكرة، من خلال ذلك يكون أُعُطي الفرصة في مراجعة بعض المعارف والأفكار الإيجابية والتركيز عليها، عند زيادة حركة العين الملحوظة.
* يطلب من العميل مرة أخرى أن يصف المشهد الأصلي في عقله، مع التركيز على المكونات الفسيولوجية التي تطرأ عليه، مع ملاحظة حركات العين التي ستحدث، عند الإخبار عن التغييرات التي تحدث بداخل ذاكرته.

(Rogers & Silver, 2002: 48)

والسؤال هنا هل المقصود بـ EMDR هو أحد فنيات التعود ؟

كما سبق وأن ذكرنا أن نموذج العملية الانفعالية لـــ **فوا وكوذاك Foa & Kozak** (١٩٨٦) وصف التعود على أنه عملية تدريجية تنبؤية تقوم على تعريضات مطولة ومستمرة لمدة (٢٠ – ١٠٠ دقيقة) خلال الجلسة

الواحدة، وقد اقترحا أن التعريضات المختصرة التكرارية قد تعمل على تقليل الخوف عندما يكون كثافة المثير والاستثارة منخفضة في كل منهما. ولكن نلاحظ أن **EMDR** قد استخدم تعريضات مختصرة جداً (٢٠- ٣٠ ثانية) فقط، على الرغم من أن كثافة المثيرات عالية جداً، لأنه يحمل الفرد على التفكير والتأمل في الموقف الأكثر قلقاً وكآبة بالنسبة له، ثم يحاول المعالج التقليل من حجم الإثارة الفسيولوجية من خلال استخدام تكنيك **EMDR**، لذلك لا يعد فنية من فنيات التعود. وقد أثبتت الدراسات فاعلية **EMDR** في خفض معدل الإثارة الفسيولوجية المتمثلة في معدل ضربات القلب، وضغط الدم. **(Shapiro, 1995:13)**

واتفق معظم العلماء أن **EMDR** متغير أساسي في التحصين التدريجي **"Systematic desensitization"**، الذي يعمل من خلال مجموعة وسائل التشريط العكسي التي تستند إلي الدعم التجريبي، وفي الحقيقة إن التعريض من خلال نظام **"EMDR"** يعمل على تحصين حركة العين من خلال توجيهه إلى الاسترخاء ليصل إلى خط القاعدة، بعد كل انطلاقة حركة من حركات العين، وتعد هذه الفنية إحدى فنيات العلاج بالتعريض التي تستند إلى النظرية البيولوجية.

(McNally, 1999, 1)& (Craske, 1999, 139)

علاوة على ذلك فإن التحصين كنموذج غير شرطي يقوم على الكف بالنقيض، حيث افترض اقتران القلق والاسترخاء، حيث اُعتبَر أن نموذج **EMDR** يعمل على تحقيق استجابة استرخاء إجبارية لحركة العين، ولكن يختلف **EMDR** عن التحصين التدريجي في أن الفرد حرٌ في اختيار نوع الارتباط بين المثير والاستجابة.

(Wilson, et al., 1996: 212)

وأكد **فوا وماكنلي Foa & McNally (١٩٩٦)** أن المتغيرات التي تدفع بالانتباه إلى المعلومات والمعارف ذات العلاقة بالخوف، هي التي تُسهل عملية تنشيط بنّية الخوف، ومن ثم يحدث التعود من خلال تعديل هذه البنّية، حيث تعمد هذه الفنية إلى مساعدة الفرد على التأمل الذي بدوره يلعب دوراً مهماً في إكسابه تعلماً جديداً ممثلاً في الاسترخاء، وذلك في المواقف الاجتماعية المرهوبة، مما يترتب عليه تُغير في وزن الرابطة العصبية بين التعلم الجديد وبين الخبرة المخزنة عن تلك الموقف داخل ذاكرة الخوف لديه **(Foa& McNally,1996: 333).**

وتكمن فعالية هذه الفنية في قدرتها على جعل الفرد يتأمل بشكل يستحضر فيه الذكريات والخبرات الأليمة المرتبطة بهذا الموقف، وبين المهمة الحركية المتمثلة في تتبع أصبع يد المعالج مع حركة عينه، وأثبت هذا التكنيك فاعليته في علاج الفوبيات النوعية ولاسيما الفوبيا الاجتماعية، والوساوس القهرية، واضطراب الهلع، ورهاب الخلاء.
(Rogers, et al., 1999: 122)

ولما كان اهتمام العلاج بالتعريض مسبقاً على التعرف على سلوكيات الفرد المتعددة، والتى تُعدّ شكلاً من أشكال التجنب المعرفي، مع تجاهل تفاصيل الحدث والألم داخل الذاكرة والصورة، والتشوه الذي يطرأ عليها، والتركيز على العناصر غير المخيفة الموجودة في الذاكرة. أصبح في حالة استخدام فنية ***"EMDR"*** يوجّه التعريض للتركيز بتلقائية في الصورة المرئية مع الاقتران بالمعارف والانفعالات والأحاسيس التى يشعر بها الفرد أثناء التركيز في الصورة، ويُطلب منه أن يسجل خبراته، هذا الأمر يجعله باستطاعته تسجيل التفاعلات التى قد تبدو مزمنة أو حادة بالنسبة له، كما تحدد سرعة التقدم في الوقت، والتحرك من خطوة إلى خطوة أخرى .
(Rogers & Silver, 2002: 50)

وقد استخدمت الباحثة هذه الفنية من خلال إعطاء الطالب صورة، تُمثل موقف اجتماعي غير مخيف بطبيعته، كمبادأة الحديث مثلاً مع الآخرين، أو التفاعل مع مجموعة من الأفراد، أو القيام بأي عمل أدائي، ثم يُطلب منه التركيز في هذه الصورة وإخبارها إذا ما كان قد مرّ بخبرة مشابهه لها، ثم يُطلب منه تخيل نفسه محل هذا الشخص شريطة أن يستحضر جميع مشاعره ولا يخفيها، وأن عليه عدم الكلام نهائياً إلا إذا طُلب منه، ويُطلب منه تتبع حركة إصبع الباحثة أمام عينه، حيث تبدأ الباحثة بتحريكه أمام عينه ذهاباً وإياباً إلى أن تلاحظ سكون حركة عينه، عندها تطلب منه الإفصاح عما يدور بداخله، حيث تسأله مجموعة من الأسئلة مع ملاحظة المظاهر الفسيولوجية الصادرة عنه، فعندما تشعر الباحثة وصوله إلى درجة عالية من الخوف؛ تطلب منه الاسترخاء بأخذ نفس عميق على أن يتم تكرار هذه العملية إلى أن تنطفئ استجابة الخوف تماماً المرتبطة بهذا الموقف.

٣- فنية الإشارات الآمنة Safety Signals technique :

تُعدّ فنية الإشارات الآمنة من أهم فنيات العلاج بالتعريض التي تعمل على تعديل السلوك من خلال تعديل البنية المعرفية للفرد حيث وجد **بورز وآخرون Powers, et al.**، أنه من الممكن أن يكون لسلوكيات الأمان أثر إيجابي خلال جلسات العلاج بالتعريض، حيث يستخدم سلوك التجنب في العلاج بالتعريض للتقليل والتخفيف من القلق والخوف الشديدين الذي ينتاب الفرد أثناء مواجهة المواقف الاجتماعية المخيفة.

(Powers, et al., 2004: 460)

فيساعد السلوك الآمن على إحداث تغُير معرفي تكيفي لدى الأفراد الذي يعانون من اضطرابات القلق، مستنداً في ذلك إلى **رتشمان Rachman** (١٩٨٣)، الذي استفاد من الإشارات الآمنة في نموذج التعريض الخاص به

الذي يُعدّ تكملة لنموذج **مورار Mowrer** في تفسير الخوف، حيث افترض **ريتشمان (١٩٨٣)** في نظرية الإشارات الآمنة الخاصة به، أن لها أثر إيجابي وفعّال في جلسات العلاج بالتعريض، ويقوم هذا الافتراض على فكرة مؤداها " أنه المزاوجة بين القاعدة الأساسية للسلوك الآمن مع القاعدة الأساسية لمثير الخوف ومشاعر الأسى لدى الفرد، حينها تعمل الإشارات الآمنة كحافز يُسهّل ويُحفّز الفرد على التخلص من خوفه وتوتره أثناء جلسات التعريض. ومن هذه الإشارات أن يتواجد الفرد مع صديق يحبه ويشعره بالأمان، أو تواجده في مكان مألوف بالنسبة له، ويتم ذلك عند تعريض الفرد لموقف أو مثير مرهوب، ويُطلب منه مثلاً أن يتحرك باتجاهه في ذلك المكان الآمن، فيساعده تلك الإشارة الآمنة على تقبل وتحمل الآثار الناتجة عن التعريض، بالشكل الذي يوسع مداركه ويكسبه خبرة جديدة تكيفية وسليمة**(Rachman,1983 : 569)**.

فتساعد الإشارات الآمنة الفرد على أن يتعود أو يعتاد علـــى وجـــوده في تلك المثيرات أو المواقف بمفرده، التي تمتد لتصل إلى المكونات النفـــسية والفسيولوجية للخوف بداخله، حيث يكتسب الفرد معلومات جديدة يتخلى بهـــا عن معلومات ومعتقدات خاطئة كانت مترسّخة في البنّية المعرفيـــة الخاصـــة بالخوف لديه. وتعتمد هذه الفنية على طريقة المعالج في إعطـــاء الإشـــارات الآمنة له، ومتى يمنعها، وبأي درجة، حيث لا يتسنى له استحداث ســـلوكيات قد تؤثر بالسلب على العملية العلاجية؛ حيث تدّعم وتقوّي الإشـــارة الأصـــلية للخوف بدلاً من التخفيف منها.

(Powers, et al., 2004:461)

وقد اتفق كل من

(Rachman, 1983: 570) ; (Rachman, 1989: 65) ; (Sartory, et al., 1989: 207) & (Woody & Rachman, 1994: 750).

على أن تطبيق مبدأ الإشارة الآمنة في العلاج بالتعريض لمرضى رهاب الخلاء، كان له من الأثر الكبير في خفض الخوف والتوتر ومن ثم سلوك التجنب لديهم، حيث لُوحظ أن الأفراد الذين طُلب منهم أن يركبوا الحافلة مع المعالج – علماً بأن الحافلة هنا بمثابة المثير المرهوب، والمعالج بمثابة الإشارة الآمنة –أظهروا درجة كبيرة من التحرك باتجاه الهدف المرهوب أثناء جلسات التعريض، من الأفراد الذين طُلب منهم التحرك باتجاه الحافلة ولكن بمفردهم، بدون وجود إشارة الأمان المتمثلة في المعالج.

ولُوحظ أيضاً أنه عند إعطائهم واجب منزلي أظهر الأفراد الذي تعرضوا للمثير المرهوب بدون وجود إشارة أمان، انتكاسة في العلاج أثناء قيامهم بالواجب المنزلي حيث عمدوا إلى الهروب عند أي مواجهة للمثيرات المرهوبة ، بينما أظهر الأفراد الذين تم تعريضهم ولكن في وجود الإشارة الآمنة تُحسناً ملحوظاً في أداء الواجب المنزلي، حيث اكتسبوا خبرة جديدة متعلقة بالمثير المرهوب وحققوا تحسنات بعيدة المدى.

ويرى **كارتر وآخرون Carter, etal.** (١٩٩٥)، **واسكمت وتلش Schmidt & Telch**(١٩٩٤) أن وجود الإشارات الآمنة يعزّز ويقوّي من انخفاض استجابة الخوف أثناء المواجهة في جلسات العلاج بالتعريض، حيث أشاروا إلى أن تزويد الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق ولاسيما اضطراب القلق الاجتماعي ببعض الإشارات الآمنة؛ يؤدي إلى زيادة شعورهم بالأمان والطمأنينة حيث يكتسبوا خبرات جديدة تكيفية عند مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة بالنسبة لهم، بتفاعلهم معها بدلاً من تجنبها والابتعاد عنها، فمن هنا جاءت فكرة استخدام تكنيك الأشارات الآمنة في العلاج.

(Schmidt&Telch, 1994: 199) & (Carter, et al., 1995: 160)

وقد أثبتت **إرينا مليوسفك Milosevic, I** (٢٠٠٦) فعّالية استخدام الإشارات الآمنة في العلاج بالتعريض في علاج الفوبيات النوعية، حيث قامت بدراسة أثر سلوكيات وإشارات الأمان للأفراد الذين يعانون من فوبيا الثعبان، فوجدت أن استخدام الإشارة الآمنة له فوائد عديدة في العلاجات التى أساسها التعريض، حيث أظهرت المجموعات التى طُلب منها الاقتراب من الثعبان في حالة وجود إشارة أمان تحسنا ملحوظاً، وأظهروا مستويات أقل من الخوف من المجموعات التى طُلب منها الاقتراب من الثعبان ولكن بدون وجود أى إشارات أمان.

وأشارت **مليوسفيك(٢٠٠٦)** أن الإشارات الآمنة حققت تغيرات أكثر إيجابية في القدرات المعرفية لدى الأفراد الذين يعانون من فوبيا الثعبان. وقد تكون إشارات الأمان مخفية أو سرية، كمساعدة الفرد مثلاً على التفكير البنّاء، والتفسير المنطقي للفكرة العقلية الملموسة في البعد أو القرب من المثير المرهوب، أو تكون ظاهرة كاصطحاب صديق مثلاً في جلسات العلاج. وتشير **مليوسفيك** أن الإشارات الآمنة غير ضارة، بل تُكسب الأفراد تحسناً في البنّية المعرفية الخاصة بالمثيرات التحكّمية والآلية والاستجابة الذاتية الملّموسة للخوف، وكذلك تحسناً في المنهج السلوكي الخاص بالقرب والبعد عن المثير المرهوب.

ومن الممكن قياس مدى فاعلية تكنيك الإشارات الآمنة في علاج الفوبيات من خلال تحليل دورة الوقت، وهي تتعلق بالزمن ومسافة القرب أو البعد بين الفرد والمثير المرهوب خلال جلسات العلاج بالتعريض، والتي يمكن حسابها بالمعادلة الآتية (بُعد الفرد × الوقت). وأظهرت التحليلات التأثير الرئيسي للوقت في جلسات التعريض، فالفرد يقترب من المثير

المرهوب في وقت أقل في وجود الإشارة الآمنة من عدم وجودها؛ مما برّهن على فاعلية استخدام هذا التكنيك في العلاج بالتعريض

(Milosevic, I, 2006: 8-9).

ووجد أنه عند إتاحة الفرصة للأفراد في اختيار شكل الإشارة الآمنة المناسبة له، تغلُب الخصائص الشخصية في المزاج والبنّية المعرفية الخاصة بكل فرد على حدة. **(Milosevic, I, 2006: 10 -11)**

واتفق **فوا وآخرون Foa, etal.** (٢٠٠٥)، و**بارلو وآخرون Barlow, etal.** (٢٠٠٠) أن معدل انسحاب الأفراد من جلسات التعريض للمثيرات المرهوبة وصل إلى ٢٩%، في حالة عدم استخدام الإشارات الآمنة أثناء جلسات العلاج بالتعريض، حيث وُجد أنه عندما تُتاح الفرصة للفرد في استخدام بعض الإشارات الآمنة؛ الأمر يساعده على التغلب على خوفه الشديد الذي ينتابه أثناء جلسات التعريض، لأنها تزيد من قدرته على التحكم في ذواته عن طريق تعديل البنّية المعرفية للخوف لديه، واكتساب العديد من السلوكيات الاجتماعية التكيفية المرغوبة فيها، حيث كان لديه بعض التعليقات مثل "**لم أفعل هذا ثانية بدون استخدام....**"، أو "**لو لم يكن لدى هذا العمل لغادرت المكان**". وقد أوضح **فوا** أن معدلات الانسحاب والرفض في جلسات التعريض ترتبط بوجود الإشارات الآمنة ومدى السماح لحالات الدراسة في استخدامها، حيث تزيد من ثقتهم بأنفسهم وبالتالي زيادة التحكم في انفعالاتهم داخل المواقف الاجتماعية المرهوبة المختلفة.

(Foa, et al., 2005: 159) & (Barlow, et al., 2000: 2534).

وقد استفادت الباحثة من هذه الفنية في جلسات التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري، وكذلك في جلسات التعريض الواقعي لعينة

الدراسة، حيث أدرجت خيار اصطحاب المشاركين لأحد الإشارات الآمنة معهم، والمتمثلة في صديق يحبونه ويشعرهم بالأمان، أو أحد الوالدين، أو تواجدهم في مكان مألوف بالنسبة لهم، فأثناء التعريض للمواقف الاجتماعية المرهوبة تتاح الفرصة لهم في اختيار الإشارة الآمنة الملائمة لهم. ولجأت الباحثة إلى تلك الفنية من أجل مساعدة حالات الدراسة على التغلب على خوفهم الشديد الذي ينتابهم أثناء مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة، استناداً منها إلى فاعليتها في العلاج حيث تدعّم وتعزّز الإشارة الآمنة من ثقتهم بأنفسهم عند مواجهة تلك المواقف، فيعتادوا على تواجدهم فيها وعلى تقبّل وتحمل للآثار الناتجة عن التعريض لها؛ حيث تُعدّل من البنّية المعرفية للخوف لديهم بإكسابهم العديد من السلوكيات الاجتماعية التكيفية المرغوبة .

٤- الضبط المعرفي للذات Cognitive Self Control:

تستخدم هذه الفنية كواحدة من أهم تكنيكات العلاج بالتعريض التي تعتمد على التقنيات الحديثة، التي تعتبر المعارف والأفكار اللامنطقية عن الذات المرتبطة ببعض المواقف الاجتماعية التي تنطوي على تهديد بالنسبة للفرد، هي المسئولة عن سلوك التجنب لتلك المواقف. فقد وُجد أنه عند استخدام بعض العبارات الشفهية في جلسات العلاج بالتعريض تزيد من قدرة الفرد على التحكم في القلق المُسبب للخوف لديه، من خلال مساعدته على التخلي عن تلك الأفكار المأساوية عن الذات بالقدر الذي يزيد من فعّاليته لذاته وتحكمه المدّرك.

وهما نموذجان **الأول:** نموذج **كيندال آخرون Kendal, et al. (١٩٩٢): "FEAR" technique** ، **والثاني:** نموذج **سلفرمان وكوليجز(١٩٩٦) "STOP" technique. ويمكن توضيح هذين النموذجين فيما يلي :**

أولاً: نموذج كيندال وآخرون .Kendal,et al (١٩٩٣): "FEAR" technique:

- **F: Feeling**: الشعور بالخوف: يُستثار لدى الفرد مشاعر القلق والخوف من خلال التعريض لبعض المواقف المرهوبة.
- **E: Expecting**: التوقع : توقع أشياء سيئة يمكن أن تحدث، فيتوارد إلى ذهنه مجموعة من الأفكار التي قد تسبب له بعض المشكلات.
- **A: Actions & attitudes**: الأفعال والاتجاهات التي تساعد الفرد على القيام ببعض السلوكيات الملائمة التي يمكن توجيهها نحو حل المشكلات، أو بعض الأقوال التي قد تساعده على التغلب على خوفه.
- **R: Results & Rewards**: النتائج أو العوائد وهي تتمثل في حالة تغلب الفرد على خوفه؛ يُحتم علينا تعزيزه، من أجل تقوية السلوك الإيجابي وتدّعيمه لضمان استمراره .

(Silverman&Kurtines ,1996:75)

ثانياً: نموذج سلفرمان وكوليجز(١٩٩٦) "STOP" technique:

- **S : Scared** : هل تشعر أنك "مفزوع" مفزعاً؟ فيها يتذكر الفرد موقفاً مرهوباً بشكل يستثير لديه مشاعر الخوف والقلق.
- **T : Thinking** الاعتقاد أو التفكير: بماذا تفكر؟ فيها يتعرف الفرد على طبيعة الأفكار المُحدثة للقلق والخوف، أو المسببة للمشكلة لديه.
- **O: Other** : الآخر، ما هي أفكار الآخر التي قد تساعده ؟ بمعنى أن يحاول الفرد تقليد سلوكيات الآخرين.
- **P: Praise** : المديح، ووضع خطة للمرة القادمة، حيث يقيم الفرد في هذه المرحلة قدرته على التغلب على خوفه في بعض المواقف، من خلال

تدّعيم وتقوّية ذاته على الوجه الصحيح، بشكل يجعله قادراً على مواجهة هذه المواقف في المرات القادمة.

(Silverman&Kurtines,1996: 77)

ولقد استعانت الباحثة بهذه الفنية بنموذجيها في جلسات التعريض التخيلي لإحداث تغيرات سلوكية لدى عينة الدراسة، بالشكل الذي يجعلها قادرة على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة؛ من خلال التعرف على المعارف والأفكار اللامنطقية عن ذواتهم المرتبطة ببعض المواقف التي تنطوي على تهديد لهم، والتي تُعدّ المسئولة عن تجنبهم وابتعادهم عنها، ولقد لجأت الباحثة إلى استخدام بعض العبارات الشفهية في جلسات التعريض التخيلي التي تعمل على تدّعيم وتعزّيز قدرتهم على التحكم في مخاوفهم، وبالتالي قدرة أكبر على التخلي عن تلك الأفكار المأساوية عن الذات، فتزيد من فعّالية الذات المدركة لديهم.

٥- الغمر Flooding:

يشير **بيدل وترنر (٢٠٠٧)** إلى أن أساس الفعّل في تكنيك الغمر هو ميكانيزم التعود، والذي يُقصد به "أن التعريض المتكرر للفرد للمواقف المرهوبة، بدون إتاحة الفرصة له بأن يتجنبها؛ يقلل من القلق والتوتر لديه". وتهدف هذه الفنية إلى وضع الفرد في المواقف المخيفة والإبقاء عليه حتى يتلاشى القلق والخوف تماماً.

(Beidel & Turner, 2007:280)

ويستخدم نموذج الغمر عند تعذُر إنشاء تدرّج صحيح للمواقف المرهوبة، بل يوّجه المريض في الحال إلى الموقف الأكثر إثارة للقلق والتوتر بالنسبة له بشكل مباشر **(أعلى درجة في سلم الخوف)**. حيث يُطلب من المريض إلقاء كلمة أمام جمع كبير من الناس، أو القراءة، والتحدث، أو

الكتابة أمام مجموعة من الناس. ويشير **بيدل وترنر** إلى أن اختيار المواقف التي يُغمر فيها الفرد إنما يكون تبعاً للقياس الدقيق الذي يتم من خلال معرفة هوية بذرة الخوف (لبّ الخوف) "*Core fear*".

ويذكر في ذلك حالة "**آني**" **Annie** ،وهي فتاة تجد صعوبة في التحدث أمام مجموعة كبيرة من الناس، بالرغم من أن لديها نصاً مكتوباً تم إعداده وتجهيزه، حيث لم يكن السبب في قلقها عدم وجود نص مكتوب ، ولكن كانت بذرة الخوف لديها هي أن الآخرين سيظنون أنها غير ذكية، فهي تخاف من التقييم السالب، أو أن تكون موضع سخرية من الآخرين، لذلك أكد الباحثان على ضرورة معرفة لبّ الخوف ومنشئه من أجل الوصول إلى حلول أفضل في العلاج.

وفى نموذج الغمر يُطلب من الفرد مثلاً أن يقرأ نصاً مكتوباً –قد تم إعداده مسبقاً من قبل المعالج– على مجموعة من الأفراد كمشاهدين، على أن نضمن عدم تجنبه للغمر في الموقف، أو التحجج بأي سبب لتجنب هذا الموقف. ويمكن أيضاً اصطحاب الفرد إلى أحد المولات ويُطلب منه شراء سلعة معينة، والفصال في سعر منتج ما، أو يُطلب منه أداء امتحان شفهي، الأمر الذي يشعره بأنه موضع للنقد، خاصةً إذا كان الامتحان أمام أحد رموز السلطة (كأستاذ المادة)، أو أن يُطلب من الفرد أن يلتحق بفريق الكرة، أو أي نشاط ثقافي، وفى كل هذه الحالات ينبغي على المعالج قياس مستوى التوتر والقلق على الأقل كل عشر دقائق؛ لأن هذا يساعد على قياس درجة التعود، لذلك كان لزاماً على المعالج أن يكون قادراً على التعامل مع المستويات المرتفعة من التوتر والقلق لدى الفرد، وذلك عند تعريضه للموقف المرهوب مباشرة، وتشجيعه على عدم الهروب من هذا الموقف رغم خوفه وتوتره

وقلقه، ويمكن الاستعانة في ذلك بما يسمى بالمكافآت أو التعزّيز خلال الجلسات على أن يكون هناك مكافأة كبيرة عند اجتياز الجلسة بنجاح، ويستمر الفرد في جلسات الغمر تلك إلى حدوث التعود فيتلاشى الخوف تماماً. **(Beidel & Turner, 2007: 280- 281)**.

ويرى "**روجرز وسلفر**"(**٢٠٠٢**) أن هذه الفنية تقوم على فكرة مؤداها أن تكيف الفرد لا يكون من خلال تفاعله فقط مع المثيرات الشرطية، بل من خلال مجموعة من مفاتيح القلق التي يُعدّ بعضها بسيطاً وبعضها الآخر مركباً، الأمر الذي يؤدي إلى تفاقم القلق في حياته، وغالباً ما يكون الفرد لديه قابلية أو استعداد لتجنب أحد هذه المفاتيح كاستجابة شرطية لها.

ووصف الغمر على أن يطلب المعالج من الفرد أن يغمض عينيه، ويتكلم عن الموقف الذي يُعدّ مصدراً للخوف لديه، ويبدأ في تخيله بسرد تفاصيل الحدث بترتيب زمني، مع تذكر الانفعالات والمعارف المرتبطة بهذا الموقف.

ويجب على المعالج أن يتجنب خطأين هما:

- أن لا يطلب من الفرد أن يصف مثلاً تعبيرات وجهه أثناء تواجده في هذا الموقف، حيث إن ذلك يتطلب منه وجود شخص ثالث في هذا الموقف.
- أن لا يسمح للفرد أن يُغير الموقف، أو يتحرك بسرعة منه للتخلص أو تجنب القلق والتوتر الناجم عن الغمر.

وأثناء الغمر يتم تقديم المثيرات بشكل كثيف ومباشر، مع الاحتفاظ بالفرد في الموقف، ويتم تسجيل تقرير عن حالته عند تعريضه لمستوى

مرتفع من القلق، ويشجع المعالج الفرد على الاحتفاظ به في ذاكرته، فيكتسب خبرة في خفض الخوف والترتيب الزمني في استرجاع الحدث، وعندما يتكرر ذلك يصبح قادراً على تذكُر الخبرات الصدمية حتى يتلاشى الخوف تماماً. ويتم تسجيل ذلك على شريط كاسيت، ويستخدم كواجب منزلي لعمل تدريبات على التعريض في المنزل **(Rogers & Silver, 2002: 47)**.

ويمكن أن يكون الغمر خيالياً أو غمراً في البيئة الواقعية، وتعد بنّية مشهد التخيل هي مفتاح العلاج في الغمر التخيلي، حيث تُعدّ هي الصورة التي تكشف عن النقطة الحرجة لبذرة الخوف لدى الفرد؛ حيث إنه في اضطراب القلق الاجتماعي ليس خوف الفرد من الناس في حد ذاتهم لأنهم خيرّون أم شريرون بالنسبة له، بل إن خوفه يكمُن في أن يظنون به السوء أو أن يتعرض للسخرية، أو النقد السالب منهم تجاهه، وهذا نتيجة شعوره بالدونية وعدم الثقة في ذاته، الأمر الذي يجعله يتجنب معظم المواقف الاجتماعية التي يكون فيها مواجهة مع الآخر.

بعض الاعتبارات الهامة لحدوث الغمر التخيلي :

- لابد أن يوضح الغمر التخيلي بذرة الخوف لدى الفرد"*Core fear*" ، من خلال أن يطلب المعالج منه أن يتصور ويرسم في خياله مخاوفه وبعض أشكال قلقه.
- أثناء الغمر التخيلي لا يسمح للفرد في التخلص من الموقف، أو الهروب منه؛ لأن ذلك يسبب خللاً في بناء التعود، لأن شرط حدوث التعود هو تعريض الفرد للموقف أو الشيء الذي يهابه (يخاف منه)، مع الإبقاء عليه في هذا الموقف ولا يسمح له بالهروب منه أو تجنبه.

- الخوف النوعي الذي يظهر في مشهد الخوف التخيلي بالنسبة للفرد يقل بشكل تدريجي، عندما يستطيع التحكم في بذرة الخوف (لبّ الخوف)، حيث إن لبّ الخوف ومنشأهُ لدى المراهقين والبالغين يكمُن في خوفهم من التقييم السالب، والشعور بعدم الثقة في النفس والدونية عند مواجهة الآخر. **(Beidle &Turner, 2007 :283 – 285)**

ولقد استفادت الباحثة من هذه الفنية في مرحلتي التعريض التخيلي ومرحلة التعريض الواقعي، حيث عمدت إلى الغمر التخيلي عن طريق دعوة الفرد إلى أن يتصور ويرسم في خياله المواقف الاجتماعية المثيرة لمخاوفه، وتشجيعه على الاحتفاظ بها في ذاكرته لإكسابه خبرة في خفض الخوف، وبذلك تكون الباحثة قد تمكنت من تقديم المثيرات المرهوبة بشكل كثيف ومباشر، وتدريبه على أن يكرر ذلك إلى أن يصبح قادراً على تذكر الخبرات الصدمية والتغلب عليها، مع ضرورة الاحتفاظ بالحالة في تلك المواقف أطول مدة ممكنة لضمان حدوث التعود؛ الذي يعد هو المسئول عن إحداث التحسن العلاجي أثناء جلسات التعريض التخيلي.

٦- فنية إدارة الضغطStress managent technique:

يحاول المعالج في هذه الفنية إستعادة ثقة الفرد في ذاته ، من خلال مساعدته على التحكم في الضغوط، أو المتاعب التي يشعر بها عند مواجهة المثيرات المرهوبة والتي تشعره بالتعاسة والحزن وبالعجز على التغلب عليها، فيلجأ إلى تجنبها محاولة منه للتخلص من تلك الضغوط، فقوم هذه الفنية على تعريض الفرد للمثيرات الضاغطة مع تدريبه على كيفية إدارة تلكِ الضغوط ، بالتدريب على الاسترخاء، والتعزيز الايجابي له كتغذية مرتدة، مما يجعل منها فنية تدّعم وتعزّز فعّالية الذات المدّركة لديه؛ حيث تساعده

على خلق تدرّج في الإحساسات البدنية المخيفة من الأقل إرهاباً إلى الأعلى مع التعريض المتكرر لها، والمدّعم لتلكِ الإحساسات والانفعالات بشكل يضمن قدرة أكبر في التحكم في الضغوط.

(Jeseph & Hoffman, 2006:303)

واستغلت الباحثة هذه الفنية لزيادة فعّالية الذات المدّركة لدى المشاركين في البرنامج، من خلال تدريبهم على التحكم في البيئة المحيطة بهم؛ من أجل التمكن من إدارة الضغوط النفسية الشديدة التي تنتابهم عند مواجهة المواقف المرهوبة، من خلال التحكم فيها واستغلالها بالشكل الذي يمكنهم من اجتيازها، من خلال التعريضات المتكررة لتلك المواقف ولكن بشكل تدريجي، فتستند هذه الفنية على زيادة ثقة المشاركين بأنفسهم وزيادة توافقهم النفسي بالدرجة التي تساعدهم على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة، ومن ثم إحداث التغير العلاجي المأمول.

٧- فنية إدارة الوقت Time Managent technique:

تقوم هذه الفنية على تقدير الوقت المادي المُهدّر في القلق والتردد والذي يعيق أداء الفرد العام، حيث كان يشغل معظم وقته في التفكير القلِق، ويُستخدم هذا الأسلوب في جلسات التعريض التخيلي والذي يقوم على التعريض المتكرر للأفكار ذات القلق الواضح والتي تستثير المشاعر المستهجة المتعلقة بالمواقف المرهوبة، عن طريق استخدام ثلاث طرق هي:

- الاستماع إلى شريط خاص بأفكاره، تم تسجيله مسبقاً . أو:
- إعادة كتابة الأفكار. أو:
- أن يفكر، ولكن بصوت عال، بمعنى قراءته لأفكاره ، سواء كانت في صورة جمل قصيرة أو موجزة، أو في صورة عبارات طويلة، مما

يساعد المعالج على تقدير الوقت المُهدّر في هذا التفكير. وبعد ذلك يحدد له مدة التفكير في الجلسة وعليه التدرب عليها كواجب منزلي، وقد لُوحَظ انخفاض الوقت المُهدّر في التفكير تدريجياً مع التعريضات المتكررة. **(Jeseph & Hoffman, 2006: 304)**

وقد استفادت الباحثة من هذه الفنية من خلال تدريب حالات الدراسة على استغلال الوقت المُهدّر في التفكير، والذي يعيقهم بشكل أو بآخر عن مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة، قد استخدمت الباحثة طريقتين في ذلك:

الأولى: تسجيل صوتي للحالة أثناء جلسات التعريض التعريض التخيلي، وذلك عند تذكرها المواقف الاجتماعية المرهوبة بالنسبة لها، وما اعتراها من أحاسيس، أو الأفكار المسيطرة عليها، ومن خلال التعريضات المتكررة تتمكن حالات الدراسة من التخلص من خوفها وبالتالي قدرة أكبر على مواجهة تلك المواقف بسرعة أكبر، بالشكل الذي يزيد من فعّالية الذات المُدّركة لديهم.

الثانية: إعادة كتابة الأفكار المأساوية المرتبطة بتلك المواقف، مما يزيد من إحساس الحالة بالتمكن والثقة في ذاتها وقدراتها.

٨-الأحاديث الذاتية Self – Talk:

تُعدّ هذه الفنية من أهم التدّخلات المعرفية التي أُدخلت على العلاج بالتعريض لتزيد من فاعليته، حيث تقوم على تكوين تصورات ذاتية موجبة لفرد عن ذاته، بدلاً من التصورات السالبة عنها وعن المواقف المحيطة بها، فعندما يتعرض للمواقف المرهوبة يتدفّق إلى ذهنه مجموعة من الأفكار

اللامنطقية السالبة، ومن خلال مناقشته في هذه الأفكار؛ يتمكن من استبدالها بأفكار أخرى أكثر إيجابية عن ذاته وصحيحة عن المواقف الموهوبة . **(Krijn, 2007: 363)**

فتحاول الباحثة بهذه الفنية مساعدة عينة الدراسة على استبدال الأفكار اللامنطقية الخاطئة بأفكار أخرى أكثر منطقية وإيجابية، مفترضةً وعي العينة بأفكارها السالبة عن ذاتها. فمن خلال تدريبهم على إقامة حوار ذاتي مع أنفسهم، يتمكنون من خلاله مناقشة بعد الأفكار غير المنطقية التي تسيطر على عقولهم، والمرتبطة ببعض المواقف الاجتماعية التفاعلية والأدائية المختلفة، كتوقعهم الرفض من قبل الآخرين، أو التقييم السالب أو النقد والسخرية من جانبهم، فيتغلبون على تلك الأفكار وبالتالي يكتسبوا قدرة أكبر على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة بكل ثقة.

٩- الاسترخاء Relaxition :

يعتبر الاسترخاء واحداً من أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق، وهناك عدد من أساليب الاسترخاء التي تقوم على التدريبات البسيطة التي تهدُف إلى إراحة الجسم والنفس، ومنها التدرب على التنفس العميق الذي يدرب الجسم كله على الاسترخاء وإزالة الشد العضلي، ويساعد الاسترخاء على خفض نسبة التوتر وحدته وخفض ضغط الدم، من خلال التدرب على التحكم في درجة الاستثارة الفسيولوجية التي يعاني منها الفرد في الأحداث المخيفة، وأن معظم هذه التدريبات مأخوذة عن **ولبى** (١٩٥٨)، حيث يتعلم الفرد من خلال التدريبات شد واسترخاء مجموعة من العضلات المختلفة، وبعد ذلك يسترخي مع ملاحظة الشعور بانخفاض التوتر.

(Clark, et al. , 2006:10 -59)

وقد استفادت الباحثة من هذه الفنية من خلال تدريب حالات الدراسة على الاسترخاء كلما شعروا بالتوتر الزائد والقلق الشديد، الذي ينتابهم عند مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة، التي تُثير لديهم مشاعر العجز الشديد على التفاعل مع الآخرين أو القيام بأداء معين، لتوقعهم الرفض من قبل الآخرين، أو التقييم السالب من جانبهم، فيتمكنون من خلاله من التخلص من هذا التوتر والقلق ومواجهة المواقف الاجتماعية بكل ثقة في قدراتهم واستعدادهم.

١٠- فنية لعب الدور Role Playing:

هي أحد فنيات التعود التي تقوم على التجديد التلقائي للمواقف سواء كان بشكل حقيقي أو افتراضي، بدرجة تشعر الفرد بالوجود في الموقف كما لو كان في الحياة الحقيقية، وبالتالي يعتاد ويألف على تواجده في المواقف الاجتماعية المرهوبة، حيث يتعلم ويكتسب خبرات جديدة ملائمة عن تلكِ المواقف **(Forsyth, et al., 2006: 66)**.

ويُعدّ لعب الدور من أكثر فنيات التدريب التوكيدي شيوعاً، فقيام الفرد بتمثيل أدوار محددة والتي كان يصعب عليه القيام بها في الواقع الفعلي قد يجعله أكثر ألفة واعتياداً عليه، ومن ثم أقل تهيباً من أدائه فيما بعد في المواقف الطبيعية، وأكثر وعياً بأوجه الصعوبة التي يخبره فيها، ومن ثم يعمل على تجنبها، فضلاً على أنه يمكنه من إجراء "بروفة" على السلوك قبل تنفيذه وهو ما يتيح له الفرصة للنقد الذاتي، وتلقي نقد الآخرين وتقيمهم لأدائه التوكيدي بصورة موضوعية لن تُتاح له في الواقع.

(طريف فرج، ٢٠٠٢: ٢٣٥)

وقد استفادت الباحثة من هذه الفنية في تدريب الطلاب المشاركين في البرنامج على القيام بأدوار معينة، كان يتعذر عليهم أداؤها بشكل طبيعي

خاصةً في مواقف التفاعل الاجتماعي وكذلك في مواقف الأداء، حيث كانوا دائما يركنون إلى الابتعاد عنها وعدم التفاعل معها؛ لتوقع الرفض من قبل الآخرين أو التقييم السالب من جانبهم، وذلك في مرحلة العلاج بالتعريض الواقعي. وتشير الباحثة إلى أنها اختارت مواقف حياتية شديدة الارتباط بطبيعة الطلاب وفقاً لخصائص المرحلة العمرية، مع تشجيعهم على التعبير عن ذواتهم بدون خوف أو ترقّب، على أن تقوم الباحثة هنا بدور الموجّه الذي يوجه انتباههم إلى جوانب القصور علاوة على تعزيزها للاستجابة الصحيحة، مع حثهم على تطبيقها على مواقف حياتية طبيعية لضمان انتقال أثر التعلم؛ وبذلك تصبح هذه الفنية فعّالة في مساعدة الطلاب على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة التي كانت تُعدّ مرهوبة بالنسبة لهم.

١١- فنية التعزيز الموجب Positive Reinforcement :

تشير هذه الفنية إلى أي فعل أو قول يرتبط تقديمه للفرد بزيادة في أداء السلوك المرغوب فيه. والهدف من استخدام هذه الفنية هو حث المشاركين ودفعهم للاتيان بالسلوك المرغوب فيه، وتلاشى أي خطأ في أداء الأدوار أو عكسها، حيث إن عبارات التشجيع تحفّز الفرد على إجادة السلوك وممارسته باستمرار **(آمال الفقي، ٢٠٠١: ١٥٠).**

وقد استفادت الباحثة من هذه الفنية في جلسات العلاج بالتعريض بمراحله الثلاث، عن طريق الجمع بين أسلوبي التعزيز الذاتي والمتمثل في إدارك المشاركين للتحسن الطارئ على سلوكهم، والتعزيز الخارجي المتمثل في تشجيع الباحثة لهم عند إتيانهم السلوك المطلوب منهم بصورة ملائمة.

١٢ – فنية التخيل Image Technique:

يطلب من الفرد في هذه الفنية الاسترخاء، ثم يبدأ في استحضار الصورة الذهنية التي تستدعي وتتسبب في الاستجابات المرضية المتمثلة في سلوك التجنب والمرتبطة بخبرة سابقة عن بعض المواقف، واستبدالها بنشاط آخر إيجابي صحيح **(Forsyth, et al., 2006: 66).**

ولقد ارتكزت المرحلة الأولى من جلسات العلاج بالتعريض على هذه الفنية، حيث استخدمتها الباحثة من أجل مساعدة المشاركين على استحضار ذكريات ومشاعر الخوف المرتبطة بالمواقف الاجتماعية المرهوبة والتي تعد المسئولة عن ظهور الاستجابات غير الملائمة تجاهها، كإحداث نوع من المواجهة لتلك المثيرات وإن كان على مستوى الخيال مع تكرارها بالشكل الذي يعمل على انطفاء استجابة الخوف لدى المشاركين في البرنامج المُعدّ.

١٣-فنية النمذجة Modeling:

ويقصد بها تعلم واكتساب سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤديه، ويتوقف نجاح هذه الفنية على مجموعة من الشروط وهي:

- إثارة انتباه الفرد لملاحظة النموذج المعروض.
- شرح الخطوات السلوكية أثناء الأداء .
- تأدية النموذج لمواقف فعلية لجذب اهتمام الطفل بها وحثه على متابعتها وتقليدها.

(عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣: ١٠٦)

وقد استفادت الباحثة من هذه الفنية في إحداث تغيرات سلوكية، والمتمثلة في زيادة قدرة عينة الدراسة على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة التي لم يكن باستطاعتها مواجهتها، وذلك من خلال تقليدهم لنموذج مُعدّ من قبل الباحثة وذلك في جلسات التعريض المختلفة، أو عن طريق ضرب أمثلة لبعض النماذج التي كانت تعاني من الفوبيا الاجتماعية وكيف تمكنت من التغلب عليها بالمثابرة والإرادة؛ من أجل تشجيعهم وإثارة الدافعية لديهم.

١٤-فنية تقديم الذات Self-Presentation:

تتمثل هذه الفنية في عرض الطالب لمعلومات أو صفات عن نفسه عندما يُطلب منه تقديم ذاته، وتساعد هذه الفنية الباحثة في معرفة الأفكار والصفات

التي تدركها الحالة عن ذاتها، لذلك استخدمتها الباحثة من أجل تسهيل العملية التفاعلية بين الباحثة وعينة الدراسة، وأيضا زيادة الأُلفة المتبادلة بينهم.

١٥– فنية المحادثات الثنائية (الديالوج) Dialogue:

تقوم هذه الفنية على حوار بين اثنين، كحوار بين الأب وابنه أو بين البائع والمشتري، وقد استخدمت الباحثة هذه الفنية في جلسات العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي الغمري ، والتعريض الواقعي والذي كان على شكل تبادل الرأي بين الباحثة والطالب المشارك حول موضوع الموقف، مما ساعدها على التعرف الأفكار الخاطئة للطالب والمرتبطة ببعض المواقف الاجتماعية المرهوبة؛ ومن ثم محاولة تعديلها إلى الشكل الملائم والمرغوب.

١٦– فنية التحصين التدريجي Systematic Desensitization:

يقصد به التعريض المتكرر بصورة تدريجية للمواقف التي تسبب الخوف للفرد، من خلال مواجهته لتلك المواقف تدريجياً (أي من الأقل إثارة للخوف لديه إلى الأعلى إثارة) بدلاً من تجنبها، إلى أن يحدث انطفاء للمشاعر والانفعالات المصاحبة لها، وتعتمد هذه الفنية على ميكانيزم الكفّ بالنقيض الذي يعمد إلى كفّ استجابة الخوف باستجابة أخرى مناقضة لها.

وقد طوّعت الباحثة هذه الفنية في جلسات العلاج بالتعريض لزيادة فاعلية البرنامج العلاجي؛ حيث عمدت إلى عمل جلسات العلاج بالتعريض على ثلاث مراحل، بدأً بالتعريض التخيلي؛ الذي يساعد الطلاب المشاركين على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة على مستوى الخيال، ثم مروراً بالتعريض للواقع الافتراضي غير الغمري؛ الذي يجعل الطلاب المشاركين يواجهوا تلك المواقف في بيئة افتراضية مصممة بالكمبيوتر بشكل يضاهي الواقع بشكل أو بآخر، والذي يعتبر هو الآخر شكلاً من أشكال العلاج بالتعريض التخيلي إن صح التعبير، وأخيراً التعريض الواقعي؛ الذي يعمد إلى جعلهم يواجهوا المواقف المرهوبة في بيئة واقعية حقيقة، ولعله من

المفترض أن يكونوا قد اكتسبوا نوعاً من التعود على مواجهة تلك المواقف بالتدريج، إلى أن تنطفئ استجابة الخوف لديهم نهائياً.

وقد استفادت الباحثة أيضاً من هذه الفنية في جلسات العلاج بالتعريض التخيلي لتدريب المشاركين على التحكم في القلق والضغط؛ من خلال التعريض المدّرج للمواقف الاجتماعية المرهوبة وبالتالي زيادة قدرتهم على إدارة الضغوط النفسية الشديدة التي تنتابهم عند مواجهتها من خلال التحكم فيها واستغلالها بالشكل الذي يمكنهم من اجتيازها، ومن ثم إحداث التغير العلاجي المأمول.

١٧-أسلوب المحاضرة والمناقشة:

تعتبر المحاضرات والمناقشات الجماعية أسلوب من أساليب الإرشاد الجماعي التعليمي، حيث يغلب فيها الجو شبه العلمي، ويلعب فيها عنصر التعلم وإعادة التعلم دوراً رئيساً، حيث يعتمد أساساً على إلقاء محاضرات سهلة على العملاء يتخللها ويليها مناقشات بهدف إحداث تغيير في الاتجاهات لدى العملاء **(حامد زهران، ٢٠٠٢: ٣٠٥)**

ولقد استفادت الباحثة من هذا الأسلوب كمُدخل لبعض الجلسات، حيث كانت تقدم من خلاله المعلومات المرتبطة بتحقيق أهداف الجلسات، أو من أجل توضيح مفاهيم معينة كالفوبيا الاجتماعية، ومظاهرها، الواقع الافتراضي، وأنواعه، وكذلك في شرح وتوضيح البرنامج العلاجي لأفراد العينة.

١٨- أسلوب الواجب المنزلي Home work:

ويقصد به تكليف الفرد ببعض الأنشطة السلوكية التي تم التدريب عليها في جلسات العلاج، وذلك ليتدرب عليها في المنزل أو العمل، على أن يعطي بطاقة لتسجيل ملاحظته على سلوكه وهو يمارس هذه الأنشطة ثم يعطيها للمعالج، وذلك لضمان انتقال أثر التدريب.

(Forsyth, et al., 2006: 67)

واستفادت الباحثة من أسلوب الواجب المنزلي في التأكد من انتقال أثر التعلم الذي أحدثه البرنامج العلاجي والمتمثل في المفاهيم والمعلومات و المهارات المكتسبة على مواقف حياتية مشابهه، فهو يعد أحد الوسائل الأساسية في التقييم الذاتي الذي يشعر به الفرد عند أدائه له.

ي – خطة الجلسات العلاجية:

تقدم الباحثة فيما يلي خطة موجزة لجلسات برنامج العلاج بالتعريض المُعدّ، متضمنةً عناوين تلك الجلسات والفنيات والأساليب المستخدمة فيها، والمراحل العلاجية التي تتبعها هذه الجلسات . وبيان ذلك في الجدول التالي:

جدول " ١٠ "

بيان بجلسات البرنامج القائم على العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة

محاور البرنامج	مضمون المرحلة	عدد الجلسات	رقم الجلسة	عنوان الجلسة وهدفها	مدة الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
المحور الأول : جلسات التهيئة أو التمهيد والتشخيص	التمهيد للجلسات العلاجية	خمس جلسات	الأولى "جماعية"	جلسة تعارف وتهيئة	٤٥ دقيقة	فنية تقديم الذات – التعزيز – الواجب المنزلي
			الثانية "جماعية"	تعريف عام بالبرنامج، وأهدافه وأهميته	٤٥ دقيقة	أسلوب المحاضرة والمناقشة – التعزيز – الواجب المنزلي
			الثالثة "جماعية"	توضيح مفهوم الفوبيا الاجتماعية وأهم أعراضها	٤٥ دقيقة	أسلوب المحاضرة والمناقشة – فنية النمذجة – التعزيز – الواجب المنزلي
			الرابعة "فردية"	التهيئة التفاعلية، تدريبات مبدئية	٦٠ دقيقة	فنية الاسترخاء – التخيل –النمذجة – التعزيز – الواجب المنزلي
			الخامسة "فردية"	إعداد هرم التعريض	٦٠ دقيقة	فنية الاسترخاء – التخيل – التعزيز – الواجب المنزلي
المحور الثاني الجلسات العلاجية	مرحلة التعريض التخيلي – التخفيف من خوف الفرد من المبادأة وتأسيس علاقات جديدة مع الآخرين	أربع جلسات	السادسة "فردية"	تخيل واحكي	٦٠ دقيقة	فنية الاسترخاء – التخيل – الغمر – الضبط المعرفي للذات "نموذج STOP "– فنية إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب– فنية التعزيز – الواجب المنزلي.
			السابعة "فردية"	بادئ وواجه	٦٠ دقيقة	فنية الاسترخاء – التخيل – التحصين التدريجي – تحصين حركة العين وإعادة المعالجة– إدارة الضغط – التعزيز – الواجب المنزلي .

محاور البرنامج	مضمون المرحلة	عدد الجلسات		رقم الجلسة	عنوان الجلسة وهدفها	مدة الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
تابع المحور الثاني الجلسات العلاجية	تابع التعريض التخيلي	التخفيف من خوف الفرد من المباداة وتأسيس علاقات جيدة مع الآخرين	أربع جلسات				
				الثامنة "فردية"	تخيل وكون علاقات جديدة	٦٠ دقيقة	فنية الاسترخاء – التخيل – الغمر – الضبط المعرفي للذات "نموذج"FEAR"" –إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب –التعزيز – الواجب المنزلي.
				التاسعة "فردية"	التغلب على توقع الفشل في تكوين علاقات جديدة	٦٠ دقيقة	فنية الاسترخاء – التخيل – التحصين التدريجي– تحصين حركة العين وإعادة المعالجة – إدارة الضغط – التعزيز – الواجب المنزلي.
		التخفيف من خوف الفرد من التقييم السالب من قبل الآخرين	أربع جلسات	العاشرة "فردية"	واجه بتلقائية فأنت غير مراقب	٦٠ دقيقة	فنية الاسترخاء – التخيل – الغمر – الضبط المعرفي للذات نموذج "STOP" – إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب –التعزيز – الواجب المنزلي.
				الحادية عشرة "فردية"	التغلب على توقع المراقبة من قبل الآخرين	٦٠ دقيقة	الاسترخاء – التخيل – التحصين التدريجي – تحصين حركة العين وإعادة المعالجة –إدارة الضغط –التعزيز– الواجب المنزلي.

محاور البرنامج	مضمون المرحلة	عدد الجلسات		رقم الجلسة	عنوان الجلسة وهدفها	مدة الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
تابع المحور الثاني "الجلسات العلاجية"	تابع مرحلة التعريض التخيلي	أربع جلسات	التخفيف من خوف الفرد من التقييم السالب من قبل الآخرين	الثانية عشرة "فردية"	أدّ وواجه	٦٠ دقيقة	فنية الاسترخاء – التخيل – الغمر – الضبط المعرفي للذات نموذج "FEAR"– إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب –التعزيز– الواجب المنزلي.
				الثالثة عشرة "فردية"	التغلب على توقع الفرد للتقييم السالب لأدائه من قبل الآخرين	٦٠ دقيقة	فنية الاسترخاء – التخيل – التحصين التدريجي –تحصين حركة العين وإعادة المعالجة –إدارة الضغط– التعزيز – الواجب المنزلي.
	مرحلة التعريض للواقع الافتراضي غير العمري	جلسة واحدة		الرابعة عشرة "جماعية"	الواقع الافتراضي – ماهيته – مزاياه – أنواعه	٤٥ دقيقة	المحاضرة والمناقشة – الكمبيوتر – النمذجة – التعزيز – الواجب المنزلي.
		ثلاث جلسات	الواقع الافتراضي غير العمري الخاص بالتغلب على صعوبة المبادأة وتأسيس علاقات جديدة	الخامسة عشرة "فردية"	شراء حذاء أو كوتشى	١٠ دقائق	الكمبيوتر – الاسترخاء – الإشارات الآمنة– إدارة الوقت – الأحاديث الذاتية– المحادثات الثنائية – التعزيز– الواجب المنزلي.
				السادسة عشرة "فردية"	شط البحر	١٠ دقائق	الكمبيوتر – الاسترخاء –الإشارات الآمنة– المحادثات الثنائية – الأحاديث الذاتية– التعزيز– الواجب المنزلي.
				السابعة عشرة "فردية"	التأكيد على تغلب الحالة من الخوف من المبادأة أو تكوين علاقات جديدة	١٥ دقيقة	الكمبيوتر – الاسترخاء –الإشارات الآمنة —إدارة الوقت – المحادثات الثنائية – التعزيز– الواجب المنزلي.

محاور البرنامج	مضمون المرحلة	عدد الجلسات	رقم الجلسة	عنوان الجلسة وهدفها	مدة الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
تابع المحور الثاني (الجلسات العلاجية)	مرحلة التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري	ثلاث جلسات الواقع الافتراضي الخاص بالتغلب على الخوف من التقييم السالب	الثامنة عشرة "فردية"	عزومة غداء	١٠ دقائق	الكمبيوتر – الاسترخاء – الإشارات الآمنة – إدارة الوقت – الأحاديث الذاتية– المحادثات الثنائية – التعزيز– الواجب المنزلي.
			التاسعة عشرة "فردية"	إلقاء محاضرة لزملائك	١٠ دقائق	الكمبيوتر – الاسترخاء – الإشارات الآمنة – إدارة الوقت – الأحاديث الذاتية– المحادثات الثنائية – التعزيز– الواجب المنزلي.
			العشرون "فردية"	التأكيد على تغلب الحالة على الخوف من التقييم السالب	١٥ دقيقة	الكمبيوتر – الاسترخاء – الإشارات الآمنة – المحادثات الثنائية – التعزيز– الواجب المنزلي.
	مرحلة التعريض الواقعي	ثلاث جلسات	الحادية والعشرون "فردية"	المواجهة الواقعية على مواقف الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة	٤٥ دقيقة	النمذجة – قلب الدور – لعب الدور – المحادثات الثنائية – الإشارات الآمنة – التعزيز– الواجب المنزلي.
			الثانية والعشرون "فردية"	المواجهة الواقعية لمواقف الخوف من التقييم السالب	٤٥ دقيقة	النمذجة – قلب الدور – لعب الدور – المحادثات الثنائية – الإشارات الآمنة – التعزيز– الواجب المنزلي.
			الثالثة والعشرون	"يوم التسوق" Shopping تدريب عملي للتدريبات السابقة	مدته مفتوحة	المحادثات الثنائية – الإشارات الآمنة – التعزيز – الواجب المنزلي.
المحور الثالث (الإنهاء والمتابعة)	إنهاء الجلسات	جلسة واحدة	الرابعة والعشرون "جماعية"	الجلسة الختامية والتطبيق البعدي وإنهاء الجلسات	٤٥ دقيقة	المناقشة – المناقشات الثنائية – التعزيز.
	المتابعة	جلسة واحدة	الخامسة والعشرون "جماعية"	تطبيق ما بعد المتابعة (بعد مضي شهرين)	٤٥ دقيقة	المناقشة والحوار – التعزيز.

هـ- الخطوات الإجرائية والتنفيذية لبرنامج العلاج بالتعريض للفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة :

المحور الأول: جلسات التهيئة أو التمهيد، وتشمل خمس جلسات:

الجلسة الأولى : جماعية مدتها :٤٥ دقيقة.

عنوان الجلسة : الجلسة التمهيدية .

أهداف الجلسة :

- تعارف الباحثة على المشاركين في البرنامج، وتعريفهم بعضهم بعضاً.
- إشاعة جو من الألفة والمودة بين الباحثة والمشاركين.
- حثّ المشاركين على المبادأة والدافعية من خلال تقديم الذات.
- التهيئة النفسية للمشاركين من خلال تدعيم ثقتهم بذاتهم وبقدراتهم.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية تقديم الذات- فنية التعزيز- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالطلاب المشاركين في البرنامج الحالي، وتشكرهم على قبولهم المشاركة وتؤكد على ضرورة مشاركتهم الفعّالة في تحسين قدراتهم في التغلب على مخاوفهم، ثم تُخبرهم بأنه سيتم التعارف بينها وبينهم عن طريق استخدام لعبة "عروستي" كنوع من التشويق وإثارة الانتباه لديهم، والتي تتم كالتالي: توزع عليهم مجموعة من البطاقات تحتوي على بيانات شخصية، على أن يكون للباحثة بطاقة هي الأخرى ولكن بلون مختلف، وتتكون البطاقة من الأسم والسن، النوع، المرحلة الجامعية، الحالة الاجتماعية وأين يسكن، وماذا يحب، على أن يكون كتابة الاسم اختياري، حيث يكون من الممكن التعرف عليه من خلال اللعبة إذا رغب المشارك في ذلك.

مثال على ذلك:

تطلب الباحثة من المشاركين ملء بياناتهم في البطاقة، وتملأ الباحثة هي الأخرى البطاقة الخاصة بها، وتمر عليهم بصندوق فارغ وتطلب منهم وضع البطاقات الخاصة بهم في الصندوق ، ثم تتقمص الباحثة دور مقدمة البرنامج وتبدأ: باختيار بطاقة من البطاقات الموجودة في الصندوق ولتكن البطاقة الخاصة بها، ثم تبدأ وتعرف نفسها.

- اسمي:............
- عمري :............
- حالتي الاجتماعية:...
- وأسكن في :.........
- وأحب :............

وبعد الانتهاء من تعريفها نفسها لهم، تسحب بطاقة أخرى وتقرأ ما فيها، وتطلب من صاحب البطاقة أن يقف ويعرف نفسه مرة أخرى أمام الآخرين، وتستمر في ذلك إلى أن يكتمل التعارف بينهم وبينها، ثم تسلم كل مشارك منهم بطاقته الخاصة به مسجلة عليها رقم سري خاص به، وتؤكد على ضرورة ألا يعرفه أحد غير المشارك والباحثة فقط، وبعدها تنهي الباحثة الجلسة في جو يسوده الود والمرح والألفة .

الواجب المنزلي:

أحضر ورقة واكتب عليها اسمك أو رقمك السري الخاص بك، ثم أكتب وصفاً شاملاً لكل دار في الجلسة وما رأيك فيها، وما مقترحاتك تجاهها؟

الجلسة الثانية : جماعية مدتها (٤٥ دقيقة)

عنوان الجلسة: تعريف عام بالبرنامج.

أهداف الجلسة:

- تدعيم وتعزيز العلاقة الودية القائمة بين الباحثة والمشاركين.
- أن يتعرف المشاركون على أهداف وأسس وأشكال البرنـــامج المُعــدّ الذين هم بصدد المشاركة فيه .
- زيادة الثقة المتبادلة بين الباحثة والمشاركين ، من خــلال شــعورهم بجدية الباحثة في تحقيق أهداف البرنامج.
- أن تزداد درجة الأُلفة بين المشاركين بعضهم بعضاً من جهة، وبينهم وبين الباحثة من جهة أخرى.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

أسلوب المحاضرة والمناقشة – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحّب الباحثة بالمشاركين، وتشكرهم على حضورهم في جــو مــن الألفة والمودة وتتسلم منهم الواجب المنزلي الخاص بكل منهم وتحييهم عليه، مع التأكد من كتابة كل مشارك الرقم الخاص به، ثم تبدأ الجلسة بمحاضـــرة مبسطة عن مضمون البرنامج والهدف منه وأهميته بالنسبة لهــم باســتخدام أسلوب المحاضرة، حيث توضح أن البرنامج العلاجــي الــذي هــم بــصدد الاشتراك فيه عبارة عن "٢٥" جلسة، مقسمة إلى ثــلاث مراحــل، تتنــاول المرحلة الأولى منها مرحلة التعريض التخيلي، بينما تتناول المرحلة الثانيــة من البرنامج التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري على ســطح مكتــب الكمبيوتر، وأخيراً المرحلة الثالثة وتتضمن التعريض الــواقعي ممثلــة فــي بعض السيناريوهات المتفق عليها من خلال تاريخ الحالة. وتوضــح الباحثــة للعينة في أنها ستساعدهم على التغلب على الخوف الذي ينتابهم عند محاولــة

المبادأة وتأسيس علاقات جديدة في مواقف التفاعل الاجتماعي، وكذلك التغلب على خوفهم من كونهم موضع ملاحظة أو تقييم سالب لأدائهم في المواقف الاجتماعية والأدائية من خلال الجلسات الخاصة بالبرنامج العلاجي المُعدّ.

وتوضح الباحثة للعينة الخطوط الرئيسة للجلسات والمتمثلة في:

- ❖ تحديد موعد الجلسات والحث على ضرورة الالتزام بالحضور في الموعد المحدد.
- ❖ ضرورة المشاركة الفعالة أثناء الجلسات.
- ❖ تخبرهم بأنه سوف يكون هناك مكافآت وهدايا **(مادية – معنوية)** أثناء الجلسات، شريطة أن يكون صادقاً في انفعالاته وسلوكياته.

ثم تشجعهم على طرح تساؤلاتهم واستفساراتهم حول البرنامج مع التأكيد عليهم بجدية التعامل من جانبها مع هذه المقترحات، وتُكلفهم بنشاط حيث تُوزع عليهم بطاقات وتطلب من كل منهم كتابة موقف غير سار سبق وأن تعرضوا له، شعروا فيه بالحرج الشديد أو بسخرية الجميع منهم، أياً كان هذا الموقف في المنزل أو الكلية أو غيرهما، مع التأكيد عليه أن يوضح في البطاقة كل انفعالاته وأفكاره التي تواردت لذهنه أثناء تذكر الحدث.

وفور الانتهاء من كتابة المواقف تجمع الباحثة البطاقات منهم، مع التأكد من أن كل مشارك قد كتب رقمه السري الخاص به. وفى نهاية الجلسة تُثنى الباحثة عليهم وتشكرهم على مشاركتهم الجادّة في الجلسة، وتؤكد على سرية ما كُتب في هذه البطاقات، وتذكرهم بموعد الجلسة التالية وضرورة الالتزام بها، وتكلفهم بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

اكتب موقفاً سار أوموقفاً آخر غير سار مررّت بـــه مـــع كتابـــة كـــل ماشعرت به في هذا الموقف؟.

الجلسة الثالثة: جماعية مدتها (٤٥ دقيقة)

عنوان الجلسة : توضيح مفهوم الفوبيا الاجتماعية وأهم أعراضها.

أهداف الجلسة:

- توضيح مفهوم الفوبيا الاجتماعية، ومظاهرها، وأسبابها، ومجالاتها.
- عرض مجموعة من الأمثلة والمواقف التى توضـــح مفهـــوم الفوبيـــا الاجتماعية.
- بث روح التفاؤل والأمل بين المشاركين.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

أسلوب المحاضرة والمناقشة – فنية النمذجـــة – فنيـــة التعزيـــز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحّب الباحثة بالمشاركين وتطمئن على أحـــوالهم ، وتتـــسلم مـــنهم الواجب المنزلي وهي مبتسمة، مع التأكد من كتابة أرقـــامهم الـــسرية علـــى الورقة الخاصة بكل منهم، ثم تطلب منهم الجلوس مع عمل مراجعة ســـريعة لما أُخذ في الجلسة السابقة بشكل سريع. ثم تبدأ الجلسة بعرض مفهوم الفوبيا الاجتماعية وأهم مظاهرها من خلال استخدام أسلوب المحاضرة حيث توضح أن الفوبيا الاجتماعية مرتبطة بموقف واحد أو أكثر مـــن مواقـــف التفاعـــل الاجتماعي بين الفرد والآخرين، وخاصةً في المواقف التي يكون الفرد فيهـــا

عرضة للنقد أو التقييم السالب م جانبهم ، وتُعرّفها على أنها خوف الفرد غير منطقي والملحوظ لواحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية، التي تجعل الفرد تحت الميكروسكوب فيشعر دائماً بأنه مراقب ممن حوله عاجزاً عن تكوين صورة جيدة عن ذاته أمام الآخر، فلا يستطيع تكوين علاقات جديدة معه حيث ينتابه خوف شديد من هذه المواقف فيضطر إلى الانسحاب منها، أو تجنبها؛ فتعزّز استجابة الخوف لديه.

ثم تشّوق الباحثة المشاركين عن طريق سؤالهم: تعرفوا ما هي أهم مكوناتها أو مظاهرها؟ ثم تُجيب بأن للفوبيا الاجتماعية أربعة مكونات وهي: المكون الفسيولوجي المُمثل في الشعور بالصداع وزيادة ضربات القلب، والارتعاش، والتوتر العضلي، والشعور بالغثيان والقيء، وآلام المعدة، وزيادة تصبب العرق، والإسهال، واحمرار الوجه.

أما المكون النفسي فمُمثل في ضعف الثقة بالنفس، والتردد، وانخفاض التوكيدية، والقلق، والجبن، وانخفاض تقدير الذات، وقصور وضعف القدرة عن التعبير عن الذات. بينما المكون السلوكي فيتمثل في التجنب والهروب من المواقف الاجتماعية، واحتباس الصوت، والجمود في العلاقات، والخوف من الناس، والميل إلى أن يكون مستمعين أكثر منهم مشاركين. وأخيراً المكون المعرفي الذي يتمثل في بعض الأفكار اللاعقلانية التي تسيطر على تفكير الفرد مثل استنكار الذات والشعور بعدم الكمال أو الدونية.

ثم تؤكد الباحثة على أن الفوبيا الاجتماعية يمكن علاجها والتغلب عليها؛ إذا امتلك الفرد العزيمة والإرادة لذلك، ثم تحكي للمشاركين قصة "فتاة" (فنية النمذجة) كانت تحبّ الإذاعة المدرسية وكانت ترغب عندما تكبر

أن تصبح مذيعة، ولكن سرعان ما تبخر هذا الأمل مع أول إحباط تعرضت له في المدرسة، حينما وقفت في طابور الصباح لتحيي العلم ففوجئت باحتباس صوتها، ولم تستطع التحدث مطلقاً، الأمر الذي دفعها إلى الامتناع عن أداء الإذاعة المدرسية مرة ثانية، ولكن من خلال التدريب المستمر على مواجهة تلك المواقف بدلاً من الابتعاد عنها؛ تغلبت على خوفها وقلقها، وأصبحت من أشهر المذيعات بل من أنجحهم. فوضحت الباحثة لمشاركين كيف أنه من خلال الإرادة والعزيمة والالتزام بالعلاج والتدريبات المطلوبة منهم، والقائمة على مواجهة المواقف المثيرة للخوف، تمكنهم من التغلب على خوفهم. وفي نهاية الجلسة تشكر الباحثة المشاركين على التزامهم داخل الجلسة، وتحثهم على حضور الجلسة التالية.

الواجب المنزلي:

ما الدروس المستفادة من القصة السابقة؟ وكيف يمكن الاستفادة منها الحياة اليومية؟.

الجلسة الرابعة: فردية مدتها (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: التهيئة التفاعلية، وتدريبات مبدئية(*).

أهداف الجلسة :

- توطيد علاقة الود والتآلف بين الباحثة والمشاركين كل على حدة .
- تدريب المشاركين على الاسترخاء، التخيل، وتذكر المواقف السارة وغير السارة المتعلقة بالمواقف الاجتماعية المختلفة.

(*)تلمح الباحثة إلى أنها قامت بتطبيق هذه التدريبات على الطلاب السبعة عينة الدراسة على التوالي.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل– فنيــة النمذجــة – فنيــة التعزيــز– الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالطالب(الحالة)، وتطمئن علــى أحوالــه وصــحته، وتتسلم منه الواجب الذي كُلف به، مع تدّعيمه وتحفيزّه بالثناء عليه ومدحــه، ثم تقسم الجلسة إلى قسمين وهما:

القسم الأول : التدريب على الاسترخاء.

القسم الثاني: التدريب على التخيل.

وفيما يلي عرض لهذين التدريبين:

التدريب الأول : الاسترخاء.

تُدرب الطالب(الحالة) على الاسترخاء عن طريق التحكم في التــنفس، حيــث يُطلب منه اتباع التعليمات الآتية:

- ❖ اجلس بشكل مستقيم وباعد قدميك بعض الــشيء، أو اســتلق علــى الأرض.
- ❖ أغلق عينيك، وتخيل منظراً جميلاً، أو تذكر موقف سار.
- ❖ ضع أحد يديك على صدرك، والأخرى على بطنك مكان السرة.
- ❖ خذ الهواء بشكل بطيء من خلال الأنف حتى يلاحــظ ارتفــاع يــده الموضوعة على بطنه قليلاً.
- ❖ احبس الهواء في رئتيك لمدة ٣–٥ ثواني.
- ❖ قم بإخراج الهواء بشكل بطيء، ولكن من خلال الفم، حتى تعود يدك الموضوعة على بطنك كما كانت.

- كرر هذه العملية ثلاث مرات بحبس الهواء، ومرتين بـدون حـبس الهواء حتى تسترخي وتستكين جميع عـضلاتك، وتـشعر بالهـدوء والراحة، وتتخلص من التوتر والقلق.

التدريب الثاني: التخيل.

تُدرب الباحثة الطالب على التخيل من خلال حثه على اتباع التعليمات الآتية:

- اجلس على كرسي واسند رأسك إلى الخلف في مكان هادئ بعيداً عن الضوضاء.
- لا تشبك ذراعيك ولا قدميك.
- أغمض عينيك واسترخ.
- تخيل أن معك رقم "٥" ولونه أحمر، ووضعته على منضدة في غرفة نومك، ثم صف لي هذه الغرفة.

ملحوظة : لا نهتم بالتفاصيل الدقيقة للغرفة كلون الحوائط، أو شـكل المنضدة، أو أي تفاصيل أخرى غير مفيدة.

- كرر هذا التدريب ثلاث مرات، ولكن من خلال استرجاعك المواقف السارة وغير السارة التي تعرضت لها اليوم وأنت في طريقك للكلية، وما اعتراك من أحاسيس وانفعالات وكأنك تعيد إحياء الحـدث مـرة أخرى في خيالك. وفي نهاية الجلسة، تشكره على التزامه ومحاولتـه الجادة في ممارسة هذه التدريبات.

الواجب المنزلي:

تخيّل نفسك مذيعاً في برنامج إذاعي، فماذا تحب أن تُذيع؟ صـف شـعورك عند تأديتك لهذا الموقف.

الجلسة الخامسة : فردية مدتها (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة : إعداد هرم التعريض.

أهداف الجلسة :

- إعادة تدريب الطالب(الحالة) على الاسترخاء والتخيل.
- إعداد هرم التعريض، الذي يبدأ بالمثيرات الأقل رهبة في قاعدة الهرم وصولاً إلى المثيرات الأكثر رهبة في قمة الهرم.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

الاسترخاء – التخيل – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالطالب(الحالة) وتطمئن عليه، وتتسلم منه الواجب المنزلي الذي كُلّفت به في الجلسة السابقة، وتناقشه معه وتدّعم إجابته، ثم تبدأ الباحثة الجلسة بحثه على ممارسة التدريب على الاسترخاء، مع التوضيح المستمر له بأهمية هذا التدريب في إراحة الجسم، وخفض التوتر، وخفض ضغط الدم.

ثم تبدأ الباحثة بعد ذلك في تهيئة حجرة الجلسة بشكل يجعلها هادئة، مع وجود ضوء خافت، والتأكد من عدم وجود أي مشتتات للانتباه، ثم تطلب منه تخيل موقف سار تعرض له سابقاً ويحكيه(فنية التخيل).

وهناك بعض الاعتبارات الواجب مراعاتها أثناء التدريب على التخيل:

١- يجب وضع في الاعتبار التنشيط المستمر لذاكرة الطالب حــول الحــدث، بما فيه الأحداث السارة قبل الأحداث غير السارة، من أجل التوصل إلـــى سبب أو لُبّ الخوف لدى الحالة "Coor Fear".

٢- عدم السماح للطالب بالدخول في الكثير من الحوارات والمناقشات التـــي تساعده على الهروب من المثير المرهوب، حيث يحاول بهذه المناقــشات تجنب الصورة الأصلية للمشهد المرهوب.

٣- ويراعي أيضاً إبقاء الطالب لمدة كافية في الموقف المرهوب، والذي يُعــدّ مقياساً على كفاءة التعريض، وذلك لضمان حدوث التعود الذي يعمل على انطفاء استجابة الخوف لديه.

٤- يُعطَى الطالب بطاقة تشتمل على عدد من المواقف، ويُطلب منه ترتيــب هذه المواقف من الأقل إثارة للخوف بالنسبة لها إلى الأعلى إثارة، وذلك عند مواجهة المواقف المختلفة، وبنود هذه البطاقة كالتالي:

- ✓ الأكل في مطعم يقدم واجبات سريعة.
- ✓ القراءة بصوت عال أمام شخص معروف بالنسبة له.
- ✓ قراءة مادة غير مألوفة بصوت عال أمام شخص ما.
- ✓ إلقاء التحية على شخص من عمره، أو شخص يعرفه ولكــن لــيس بشكل جيد.
- ✓ طلب الطعام من الجرسون في المطعم.
- ✓ إلقاء التحية على أشخاص لا يعرفهم.
- ✓ إلقاء محاضرة صغيرة أمام مجموعة من الأفراد الذين يعرفهم.
- ✓ الانضمام إلى مجموعة من الأفراد، ولكن ليس من المفروض عليــه التحدث معهم.

- ✓ تقديم تقرير مطلوب منه في المحاضرة.
- ✓ التسوق مع أشخاص تعرفهم.
- ✓ التحدث مع الآخر مع الإفصاح عما بداخلك له.
- ✓ طلب معلومات معينة في السلعة من البائع.
- ✓ تقديم النفس أمام شخص لا تعرفه.
- ✓ الخروج في رحلات مع أشخاص تعرفهم.
- ✓ إرجاع سلعة لا تعجبك إلى البائع.
- ✓ الانضمام إلى مجموعة من الأفراد(كالسير في الحدائق، أو لعب لعبة معينة)
- ✓ إلقاء كلمة أمام الآخرين غير المألوفين بالنسبة له.

وعلى الطالب ترتيب هذه المواقف من الأقل إثارة للخوف بالنسبة لها إلى الأعلى إثارة لها؛ ومنها تتمكن الباحثة من إعداد هرم للتعريض خاص بكل حالة على حدة، وفي نهاية الجلسة تشكره الباحثة وتذكره بموعد الجلسة القادمة، وتكلّفه بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

تخيل موقف سار تعرضت له، مع كتابة كل ما شعرت به في هذا الموقف؟ وما أفكارك تجاهه؟.

المحور الثاني للبرنامج: الجلسات العلاجية.

تتضمن جلسات البرنامج العلاجي ثلاث مراحل: الأولى مرحلة التعريض التخيلي، والثانية مرحلة التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري، أما المرحلة الثالثة فهي التعريض الواقعي(كنوع من التدرّج في التعريض). وفيما يلي عرض توضيحي لكل مرحلة منها :

المرحلة الأولى: جلسات التعريض التخيلي.

أولاً: التخفيف من خوف الفرد من المبادأة وتأسيس علاقات جديدة مع الآخرين. (عددها أربع جلسات)

الجلسة السادسة: فردية ومدتها(**٦٠ دقيقة**)

عنوان الجلسة : تخيل واحكي.

أهداف الجلسة :

- مساعدة الطالب(الحالة) على مواجهة خوفه على مستوى الخيال.
- تدريب الطالب(الحالة) على التحكم في أفكاره ومعتقداته الخاطئة عن ذاته، وإستعادة ثقته بذاته.
- التخفيف من الخوف من مبادأة التفاعل مع الآخرين، ومن أمثلة هذه المواقف.
  - المبادأة بإلقاء التحية على الغرباء. أو
  - تعريف الذات أمام الآخرين. أو
  - المبادأة بسؤال شخص ما عن موضوع معين. وغيرها

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية الغمر – فنية الضبط المعرفي للذات (نموذج "STOP" لـ سلفرمان وكوليجز)– فنية إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب– فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحّب الباحثة بالطالب، وتسلم عليه وهي مبتسمة، وتشكره على الحضور، وتراجع الواجب المنزلي وتعززّه عليه، ثم تخبره بأن وقت الجلسة مقسم إلى مجموعة من التدريبات، وكل تدريب يتوقف على التدريب الذي يسبقه، فلابد من انجاز المهام المطلوبة منها بكفاءة واقتدار. وهذه التدريبات تتمثل في الآتي:

التدريب الأول:الاسترخاء ثم التخيل.

- تطلب الباحثة من الطالب(الحالة) الهدوء، وذلك بجلوسه على كرسي مسندٌ رأسه إليه في مكان هادئ، ولا يشبك يديه أو ذراعه، ويغمض عينيه، ويسترخي وذلك من خلال عمل التدريبات على التنفس السابق التدرب عليه ومع تكرار هذه العملية ٦ – ٨ مرات؛ إلى أن يصل إلى درجة الاسترخاء.
- وبعد ذلك تطلب منه تُذكر موقف شَعُرَ فيه بالخوف وضعف الثقة بقدراته، عندما حاول مبادأة الحديث مع أفراد غير مألوفين بالنسبة له، وفشَعُر بعدم الترحيب من جانبهم فغمره إحساس عميق بالحرج، فاضطر إلى تجنب التفاعل معهم وكذلك أى مواقف مشابهة(فنية التخيل).
- ثم تركته الباحثة يسترسل مع ملاحظة جميع انفعالاته وحركات جسمه الصادرة عنه، وتخيل الطالب واسترجاعه للحدث السابق بما فيه من خبرة أليمة؛ يكون بذلك غُمرَ خيالياً في الموقف المرهوب. ملحوظة: لابد ألا يسمح له بالخروج أو التخلص من الموقف إلا بعد فترة زمنية محددة؛ لكي نتأكد من حدوث التعود الذي يُعدّ المسئول عن انطفاء

استجابة الخوف في العلاج بالتعريض، وأيضاً من أجل السماح بتحرير أكبر قدر ممكن من الطاقة المكبوتة بداخلها(فنية الغمر).

التدريب الثاني: الضبط المعرفي للذات نموذج "STOP"

تطلب الباحثة من الطالب(الحالة) في الموقف التخيلي السابق أن تجيب عن التساؤلات الآتية:

الباحثة : هل تشعر بالخوف والفزع؟. **S**: Scared

الحالة : نعم...........................

الباحثة : بماذا تفكر؟ أو ما الأفكار التي تحضرك الآن؟.

T : Thinking

الحالة :

- أشعر بأن المحيطين بي لا يهتمون بما أقوله. أو
- يغمرني إحساس عميق بالدونية. أو
- يحضرنُي رغبة مُلحة بالانسحاب من الموقف . وغيرها

الباحثة: فكر فيمن حولك، وكيف تراهم يتصرفون، ثم حاول تقليدهم.

O: Other

الحالة : ....

الباحثة: تعزّ الباحثة الطالب وتشكره إذا تمكن من الالتزام بالتدريب، ومحاولته التخلص من قلقه من خلال تقوية الذات على الوجه الصحيح من خلال محاولة تقليد سلوكيات الآخر، مما يجعله قادر على مواجهة تلك المواقف في المرات القادمة لاكتسابه مجموعة من السلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها، الأمر الذي يزيد من ثقته بذاته ومن ثم زيادة فعّالية الذات المدّركة لديه، فتتوقف الأفكاره الانهزامية عن ذاته بأفكار أخرى إيجابية،

وتُكسبه قدرة أكبر على التحكم في البيئة المحيطة به بالشكل الذي يمكنه مـــن مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة.

P: Praise **التدريب الثالث: إدارة الوقت.**

تقوم الباحثة في هذا التدريب، بعـــرض شـــريط مـــسجل بـــصوت الطالب(الحالة) في التدريب السابق للتخيل، وذلـــك بغـــرض تدريبـــه علـــى استغلال من الوقت المُهدّر في التفكير لكي يساعده على الاستفادة من الوقـــت بشكل كلي أثناء التعريضات المتكررة، حيث تُحدد الباحثـــة للطالـــب وقـــت محدداً للانتهاء من التعريض في التعريضات التالية مع إتاحة الفرصة له فـــي اختيار نوع طريقة التدريب، فإما تكون بسماع شريط مسجل لهـــا، أو عـــن طريق تسجيل الوقت المستهلك أثناء تكرار كتابة الأفكار عن الموقـــف أو أن يفكر ولكن بصوت عالي ومسموع على أن تكون الأفكار في صـــورة جمـــل قصيرة ومختصرة، ومن خلال استثمار الوقت المُهدر في التفكيـــر؛ يـــتمكن الطالب من زيادة ثقته بذاته وبقدرته علـــى مواجهـــة المواقـــف الاجتماعيـــة المرهوبة.

التدريب الرابع: التعريض المكتوب .

تطلب الباحثة من الطالب(الحالة) في هذا التدريب أن يكتـــب موقـــف اجتماعي لم يستطع فيه مبادأة الحديث مع الآخرين، فغمره شـــعور بـــالحزن والآسى، ويتمكن الطالب من خلال الكتابة المتكررة عن المواقف المرهوبـــة له(فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب)، من إحداث نوع مـــن الأُلفـــة بينه وبين الموقف بمعنى حدوث التعود، الذي يُعدّ هو المسئول عـــن تعـــديل السلوك خلال جلسات التعريض، حيث تسمح هذه الفنية له بالتفجر الـــداخلي لذكريات الأليمة، والتى تنطوي على دلالات خاصة به، والمتمثلة في خبرات الفشل في مواقف التفاعل الاجتماعي، والتي تطلبت منه مبـــادأة الحـــديث أو

إلقاء التحية على الآخرين غير المألوفين بالنسبة له، فعجز عن ذلـــك. وفـــي نهاية الجلسة تشكره الباحثة وتذكره بموعد الجلسة القادمة، وتكلّفه بالواجـــب المنزلي.

الواجب المنزلي:

طبق التدريبات السابقة على مواقف اجتماعية مـــشابهه فـــي الحيـــاة الطبيعية، واكتب ما تشعر به من مشاعر، وما يتوارد إلى ذهنك مـــن أفكـــار وأحضره معك في الجلسة القادمة؟.

الجلسة السابعة: فردية(٦٠ دقيقة).

عنوان الجلسة: بادئ وواجه.

أهداف الجلسة:

- متابعة تكرار جلسات التعريض التخيلي من أجل التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى الطالب المرتبطة بالخوف من مبادأة التفاعـــل مـــع الآخرين.
- زيادة قدرة الطالب على التغلب على توقع الرفض أو الجفاء من قبل الآخرين، من خلال التحكم في أفكاره غير المنطقية.

الفنيات والأساليب المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية التحصين التدريجي – فنيـــة تحـــصين حركة العين وإعادة المعالجة– فنية إدارة الـــضغط – التعزيـــز – الواجـــب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحبّ الباحثة بالطالب(الحالة) وتطمئن عليه، وتسأله إذا ما كان قد أنجـــز الواجب المطلوب منه أم لا؟، فإذا أجاب بنعم تعززه وتدعمه عليـــه لـــضمان

الاحتفاظ بالاستجابة وتكرارها. ثم تبدأ الباحثة الجلسة بحثه على إتباع كافــة التعليمات المطلوبة منه، لإنجاز المهام المطلوبة منه بكفاءة واقتدار، وتتمثــل التدريبات في الآتي:

التدريب الأول: استرخ ثم تخيل.

تطلب الباحثة من الطالب(الحالة) الجلوس على الكرسي مسند برأسه إليه، استعداداً منه لممارسة الاسترخاء، ثم تطلب منه يتخيل نفسه وهو عائدا مــن الكلية قابله أحد أقاربه وعليه مبادئته بالتحية، ثم بعد ذلك يُطلب منــه تخيــل نفس الموقف السابق ولكن عندما يقابله أحد جيرانه، وأخيراً عندما يرغب في إلقاء التحية على أشخاص لا يعرفهم(فنية التحــصين التــدريجي). وتطلــب الباحثة منه وصف مشاعره وأن يذكر الأفكار المسيطرة عليه فــي البطاقــة التي تسلمها له، ثم تطلب منها تنفيذ التدريبات التالية.

التدريب الثاني: التدريب على إدارة الضغط.

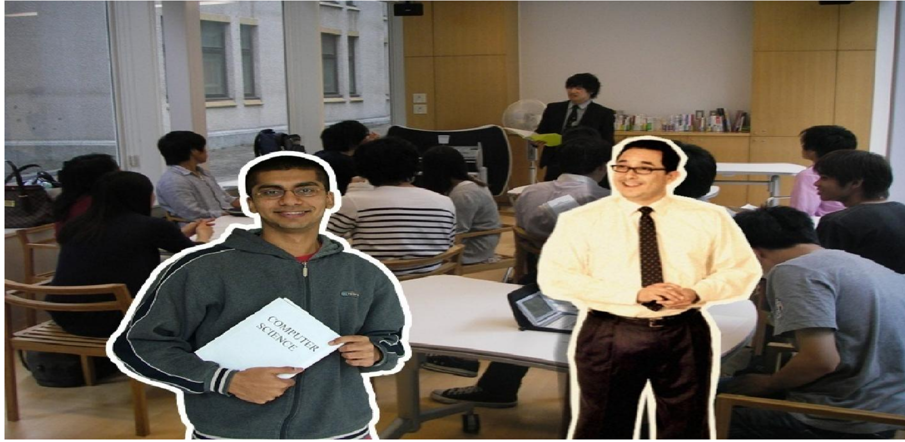
يتمكن الحالة من خلال تكراره لتدريب السابق المُمثــل فــي التعــريض المدرج للمثير المرهوب على مستوى الخيال؛ من زيادة قدرته على الــتحكم الجيد في إحساسه بالضغط والتوتر، حيث ترشده الباحثة إلى الاسترخاء كلمــا شَعُرَ بالقلق والتوتر للتخفيف منه، فيزيد ثقته بذاته مما يترتب على ذلك زيادة فعّالية الذات المدركة لديه.

التدريب الثالث:تحصين حركة العين وإعادة المعالجة.

توضح الباحثة للطالب ضرورة إتباع التعليمات التي تُطلب منه، حتى يتمكن من الاستفادة من قدراته وإمكانياته بالشكل الذي يزيد من فاعلية هــذا التدريب، الذي يتم كالآتي:

مثال توضيحي.....

تعرض الباحثة للطالب(الحالة) الصورة التالية وهي لطالب تأخر عن المحاضرة ويرغب في سؤال أحد زملائه عن موضوعها. كما هو موضح بالصورة:



الباحثة: ركز في الصورة التي أمامك، وتأمل نفسك في هذا الموقف، وأخبرني عن إذا ما كنت مررّت بخبرة مشابه لها، ولا تخفى مشاعرك، أو تحاول عدم إظهارها.

الحالة : ....

الباحثة : تتبع حركة أصبعي، حيث تحرك الباحثة أصبعها بالقرب والبعد من عين الحالة (ذهاباً وإياباً لمدة ٣٠ – ٦٠ ثانية).

الحالة: ....

الباحثة: ركز ولا تتكلم.

الحالة: ....

الباحثة: استرخ وخذ نفساً عميقاً.

الحالة:............................

الباحثة: ماذا بعد ذلك "What comes up?" تكلم بلا حرج.

وعندما تشعر الباحثة بتوقف حركة عينه في متابعة حركة إصبعها، تطلب منه الإفصاح عن كل ما يستحضره في ذهنه من أفكار أو ذكريات مؤلمة عن هذا الحدث، مما يساعد الباحثة على التعرف على أفكاره اللامنطقية المرتبطة بالموقف، وخاصةً معتقداته الخاطئة عن ذاته من حيث كونه عاجز على مبادأة الحديث مع الآخرين، حيث يتراءى له أن ذاته لا تستحق الاحترام، وبالتالي الباحثة تضع تصوراً عن ذاكرة الخوف الخاصة به، والتي تُعدّ المسئولة عن تجنبه لمعظم المواقف الاجتماعية، ومثال ذلك :

الباحثة : هل تشعرُ برغبة في التوقف عن الكلام؟

الحالة : ....

الباحثة: كيف ترى الآخر ينظر لك؟ .

الحالة : ....

الباحثة : هل ترى ذاتك فاشلة في التفاعل مع الآخرين؟.

الحالة:..

الباحثة: هل تعاني عند مبادأة الحديث معهم ؟.

الحالة: ....

الباحثة: هل ترى أن التعرّف على الآخرين ليس له جدوى؟.

الحالة: ....

الباحثة: استرخ وخذ نفساً عميقاً.

ملحوظة:

إذا شعرت الباحثة بأن الطالب يحاول الكذب أو عدم التعبير عما بداخله أو الهروب من الموضوع، تطلب منه العودة إلى الخبرة الأصلية والتركيز عليها وعدم التحدث، وبتكرار هذه العملية عدة مرات؛ يحدث تحصين حركة عين الحالة من خلال التعريضات المتكررة التي توضح من خلال تأمله للموقف، الصلة أو الارتباط بين الانفعالات والمعارف الدفينة المكونة لذاكرة الخوف الخاصة به، والدور الذي يلعبه التعلم الجديد المتمثل في الاسترخاء، في تغيير وزن الرابطة العصبية بين خبرة الخوف والتعلم الجديد.

وفي النهاية تشكر الباحثة الطالب على مشاركته الجادّة والفعّالة، مع حثّه على مواظبة هذه التدريبات في المنزل، ثم تُكلّفه بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

تخيل موقفاً آخر تعرضتَ له أشعرُك بعدم القدرة على مواجهته فركنت إلى الانسحاب بعيداً عنه، مع كتابة كل ما تَشعُر به من أحاسيس وانفعالات في ورقة وأحضره معك في الجلسة القادمة؟.

الجلسة الثامنة: فردية ومدتها **(٦٠ دقيقة)**

عنوان الجلسة : تخيّل وكوّن علاقات جديدة.

أهداف الجلسة :

- مساعدة الطالب (الحالة) على التغلب على خوفه من خلال مواجهته للمواقف الاجتماعية التي تتطلب منه تكوين علاقات جديدة مع الآخرين.
- مساعدة الطالب(الحالة) على استبصار أساليب جديدة للمواجهة، للتغلب على تجنبه للمواقف التى تتطلب منه تأسيس علاقات جديدة.

ومن أمثلة تلك المواقف:

- ❖ التحدث مع أشخاص غير مألوفين بالنسبة له. أو
- ❖ تجنب المواقف الأسرية التي يجتمع فيها جميع أقاربه. أو
- ❖ عدم الرغبة في الذهاب في أي رحلات أو فسح مع زملائه. وغيرها

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية الغمر – فنية الضبط المعرفي للذات (نموذج "FEAR"لـ كيندال وزملائه)– فنية إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة :

تبدأ الباحثة جلستها بالترحيب بالطالب(الحالة) والسؤال عن أحواله، ثم تسأله عن الواجب المنزلي، وكيف كان شعوره عند تنفيذه، ثم تُطلب منه الاستعداد لبدء الجلسة بممارسة التدريبات الآتية:

التدريب الأول: الاسترخاء ثم التخيل.

تطلب الباحثة من الطالب الهدوء، وذلك بجلوسه على كرسي مسند رأسه إليه في مكان هادئ، ولا يشبك يديه أو ذراعه، ويغمض عينيه، ويسترخي؛ وذلك من خلال عمل التدريبات على التنفس السابق التدرب عليه ومع تكرار هذه العملية ٦ – ٨ مرات؛ إلى أن يصل الحالة إلى درجة الاسترخاء. وبعد ذلك يُطلب منه تُذكر موقف أشعره بالعجز من مجاراة الحديث مع مجموعة من الأفراد غير المألوفين بالنسبة له، فاعتراه قلق غامر وشعور عميق بالدونية وانهزامية الذات، فترسخ على أثره شعورٌ بالإحباط، جعله لا تستطيع مواصلة الجلوس معه؛ مما أرغمه على الانسحاب من هذا الموقف ظناً منه أنه سيتخلص من هذا الخوف والتوتر. ثم تركته الباحثة يسترسل مع

ملاحظة جميع انفعالاته وحركات جسمه الصادرة عنه، وتخيل الطالب واسترجاعه للحدث السابق بما فيه من خبرة أليمة؛ يكون بذلك قد غُمر خيالياً في الموقف المرهوب(فنية الغمر التخيلي).

التدريب الثاني: الضبط المعرفي للذات (نموذج "FEAR").

تطلب الباحثة من الطالب الإجابة عن التساؤلات الآتية وهي مُتخيل الموقف السابق.

الباحثة : هل تشعر بالقلق والتوتر؟ الشعور بالخوف. **F :** Feeling

الحالة : نعم.

الباحثة: ما الذي تتوقع حدوثه، وكيف ترى نفسك؟.

التوقع **E :** Expecting

الحالة : ....ومثال على الرد المتوقع.

- أتوقع بأن الآخرين لا يرغبون في سماعي. أو
- أتوجس خيفة من أن أقابل بالجفاء والرفض من قبلهم. أو
- أنا أتوقع فشلي في تكوين أي علاقة جديدة مع الآخر. أو
- ربما الآخرون لا يودون التحدث معي. أو
- أشعر بعدم الألفة بيني وبينه. وغيرها

الباحثة: ماذا لو حاولت مواجهة الموقف بشيءً من الثبات والإرادة.

الأفعال والاتجاهات **A:** Actions & Attitudes

الحالة: نعم، سأُحاول.

الباحثة: أحسنت، لقد أجدتِ فعل ذلك. النتائج والجوائز

R : Results & Rewards

تتمكن الباحثة من خلال هذه الفنية من تدريب الطالب(**الحالة**) على مواجهة المواقف الاجتماعية بقدر كبير من الإرادة والعزيمة، التي تزيد من ثقته بذاته

عن طريق زيادة فعّالية الذات المدّركة لديه، حيث تساعده على استبدال الأفكار الانهزامية عن الذات بأفكار أخرى إيجابية، تُكسبه قدرة أكبر في التحكم في البيئة المحيطة بالقدر الذي يسمح له بمواجهة تلك المواقف .

وتقوم الباحثة بعد ذلك بتدريب الطالب على إدارة الوقت، من خلال تكرار كتابة أفكاره عن الموقف السابق، لكي يتمكن من استثمار الوقت المُهدر في التفكير؛ بالشكل الذي يزيد من ثقته بذاته وبقدرته على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة(فنية إدارة الوقت).

وتطلب الباحثة من الطالب أيضاً كتابة الموقف المُتخيّل السابق ثلاث مرات (فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب)، مع كتابة كل ما شَعُر به في هذا الموقف، لإحداث نوع من الأُلفة بينه وبين الموقف لكي يحدث التعودّ، الذي يُعدّ هو المسئول عن تعديل السلوك خلال جلسات العلاج بالتعريض(السابق التحدث عنها). وفي نهاية الجلسة تشكره الباحثة وتذكره بموعد الجلسة القادمة، وتكلّفه بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

احضر ورقة واكتب فيها ديالوج (حوار) مُتوقع عن رغبتك في التفاعل مع مجموعة الطلاب الذي انضموا إلى سكشنك الخاص بك؟ مع وصف كل ما تَشعُر به أثناء تفاعلك معهم؟.

الجلسة التاسعة: فردية ومدتها (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: التغلب على توقع الفشل في تكوين علاقات جديدة.

أهداف الجلسة:

- التأكيد على تغلب الطالب(الحالة) على خوفه من مواجهة المواقف الاجتماعية التي تتطلب تكوين علاقات جديدة.
- تزويد الطالب(الحالة) بأساليب جديدة للمواجهة تساعده على التغلب على خوفه.

الفنيات والأساليب المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية التحصين التدريجي– فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة– فنية إدارة الضغط– التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحّب الباحثة بالطالب(الحالة) وتطمئن عليه، وتسأله إذا ما كان قد أنجز الواجب المطلوب منه أم لا ؟، فإذا أجاب بنعم تعززّه على استجاباته. ثم تبدأ الباحثة الجلسة بحثّه على اتباع التعليمات المطلوبة منه أثناء التدريبات الآتية:

التدريب الأول: استرخ ثم تخيل.

تطلب الباحثة من الطالب الجلوس على الكرسي مسند برأسه عليه، استعداداً منه لممارسة الاسترخاء، ثم تطلب منها تخيل موقف تطلب منه مقابلة مجموعة من الأفراد المألوفين بالنسبة له كأحد أصدقاء أو أحد أقاربك في المنزل، وتركته الباحثة يسترسل مع ملاحظة جميع انفعالاته وحركات جسمه الصادرة عنه. ثم تطلب منه تخيل الموقف السابق تخيله ولكن عندما يدق جرس الباب ويدخل مثلاً أفراد غير مألوفين بالنسبة لك كأصدقاء والدك فاضطرت إلى التفاعل معهم أو على الأقل مجاراة التفاعل معهم(التحصين التدريجي).

التدريب الثاني: التدريب على إدارة الضغط.(يتم التدريب عليه بنفس الطريقة التي سبق الإشارة إليها في الجلسات السابقة)

التدريب الثالث: تحصين حركة العين وإعادة المعالجة.

توضح الباحثة للطالب ضرورة اتباع التعليمات التي تُطلَب منه، حتى يتمكن من الاستفادة من قدراته وإمكانياته ويزيد من فاعلية هذا التدريب، ويتم كالآتي:

تعرض الباحثة للطالب الصورة التالية وهي لشخص يرغب في التفاعل مع مجموعة من الأفراد غير المألوفين بالنسبة له:



الباحثة: ركز في الصورة التي أمامك، وتخيلِ نفسك في هذا الموقف، وأخبرني بصوت مسموع عن إذا ما كنت مررّت بخبرة مشابهه لها، ولا تخفى مشاعرك، أو تحاول عدم إظهارها.......وهكذا يتم بنفس الطريقة التي سبق الإشارة إليها في الجلسة السابعة.

وفي النهاية تشكره الباحثة عن مشاركته الجادة والفعالة، وتذكره بموعد الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

حاول تطبيق كل ما تعلمته في جلسة اليوم على مواقف حياتية مشابهة؟ مع كتابة وصف لما يشعر به تجاه هذه المواقف؟.

ثانياً: جلسات التعريض التخيلي الخاصة بخوف الفرد من التقييم السالب من قبل الآخرين. وعددها (أربع جلسات)

الجلسة العاشرة : فردية مدتها (٦٠دقيقة)

عنوان الجلسة: واجه بتلقائية فأنت غير مراقب .

أهداف الجلسة :

- التخفيف من خوف الطالب(الحالة) عند مواجهة المواقف الاجتماعية التي يَظُن فيها أنه مراقبٌ ممن حوله.
- إكساب الطالب(الحالة) مجموعة من أساليب المواجهة، التي تزيد من تحكّمها المدّرك في المواقف الاجتماعية التي تُثير لديه مشاعر الخوف.

ومن أمثلة هذه المواقف:

- تَجنب الأكل في مكان عام. أو
- تَجنب السير في الأماكن المزدحمة. وغيرها

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية الغمر – فنية الضبط المعرفي للذات (نموذج "STOP" لـ سلفرمان وكوليجز) – فنية إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالطالب(الحالة) وتُسلم عليه وهي مبتسمة في وجهه، وتتطلع على التقارير المكتوبة والشفهية حول ما حدث في الجلسة السابقة، وتعزز هذه الإجابات، وتراجع الواجب المنزلي وتناقشه معه، وتعززّه على إجاباته. ثم تبدأ الباحثة الجلسة بحثّه على اتباع التعليمات الآتية:

التدريب الأول: الاسترخاء ثم التخيل.

تحث الباحثة الطالب على ممارسة التدريب الخاص بالاسترخاء التي سبق التدرب عليه في الجلسات السابقة، ثم تطلب منه تُذكر موقف اجتماعي شَعُر فيه بأنه مراقبٌ ممن حوله، وأن الجميع ينظر إليه نظرة تمعن وتفحص، سواء أكان هذا الموقف في المنزل أو في الكلية أو في أي مكان آخر؛ فاعتراه قلق غامر أشعره بالعجز عن البقاء فيه، فاضُطرّ إلى الانسحاب من هذا الموقف لتخلص من القلق.

التدريب الثالث: الضبط المعرفي للذات نموذج "STOP" .

في المشهد التخيلي السابق تطلب الباحثة من الطالب(الحالة) الرد عن التساؤلات الآتية

الباحثة : هل أنت خائف أو مفزوع. **S** : Scared

الحالة : نعم ....

الباحثة : بماذا تفكر؟ أو ما الأفكار التي تحضرك الآن؟ **T** : Thinking

الحالة : *أشعر بأن الجميع يدقّق النظر في. أو

* أشعر بأنني مراقب ممن حولي. أو

*أعتقد أن جميع تصرفاتي موضع ملاحظة. وغيرها

الباحثة: فكر فيمن حولك، وكيف تراهم يتصرفون، وحاول تقليدهم.

O: Other

الحالة : ....

الباحثة: تعززه الباحثة وتشكره إذا إلتزم بالتعليمات في التخلص من الخوف، من خلال تقوية الذات على الوجه الصحيح عن طريق تقليد الآخر، مما يجعله قادر على مواجهة مثل هذه المواقف في المرات القادمة.

P: Praise

وتقوم الباحثة بعد ذلك بتدريب الطالب على إدارة الوقت، من خلال تكرار كتابة أفكاره عن الموقف السابق لكي يتمكن من استثمار الوقت المُهدّر في التفكير؛ ويتمكن بذلك من زيادة ثقته بذاته وبقدرته على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة. ثم يُطلب منه كتابة الموقف المُتخيّل السابق ثلاث مرات (فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب)، مع كتابة كل ما شَعُرَ به في هذا الموقف، لإحداث نوع من الأُلفة بينه وبين الموقف، وفي النهاية تشكره الباحثة عن مشاركته الجادّة، وتذّكره بموعد الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

احضر ورقة واكتب عليها اسمك، واكتب كل ما يرد في خاطرك من صفات وأفكار عن ذاتك وعن الآخرين المحيطين بك سواء كانت هذه الأفكار إيجابية أو سلبية وأحضرها معك في الجلسة القادمة.

الجلسة الحادية عشرة: فردية (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: التغلب على توقع المراقبة والتفحص من قبل الآخرين.

أهداف الجلسة:

- تكرار جلسات التعريض التخيلي الخاصة بالخوف من المواقف الاجتماعية التي يَظُن فيها الحالة أنه مراقب ممن حوله.
- تزويد الطالب(الحالة) بأساليب جديدة للمواجهة تساعده على التغلّب على توقع المراقبة والتفحّص من قبل الآخرين.

الفنيات والأساليب المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية التحصين التدريجي– فنية إدارة الضغط– فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

تُرحب الباحثة بالطالب(الحالة) وتطمئن عليه، وتسأله ما إذا كانت أنجز الواجب المطلوب منه أم لا، فإذا أجاب بنعم تعززه وتدعمه. ثم تدعوه إلى ممارسة التدريبات الآتية:

التدريب الأول: استرخ ثم تخيل.

تطلب الباحثة من الطالب ممارسة الاسترخاء كما سبق التدرّب عليه في الجلسات السابقة، وتخيل عزومة والده لأحد أقاربه على الغداء في المنزل، والذي من المفترض عليه القيام بضيافتهم وتناول الطعام معهم، ثم بعد ذلك يطلب منه تخيل الموقف السابق ولكن عندما يكون الضيوف غير مألوفين بالنسبة له كأحد أصدقاء والده مثلاً، وأخيراً يُطلب منه تخيل عزومة أحد أقاربه لأسرته على تناول الغداء في منزلهم، حيث يُطلب منه وصف مشاعره في كل موقف المواقف السابقة. وتلمّح الباحثة أنها قد راعت التدّرج في التعريض وفقاً لهرم التعريض الخاص بكل طالب.

التدريب الثاني: التدريب على إدارة الضغط.

تطلب الباحثة من الطالب الاسترخاء كلما شعر بالخوف أثناء تخيله المواقف السابقة. ويتمكن من خلال تكراره لتدريب السابق المُمثَل في التعريض المُدرج للمثير المرهوب على مستوى الخيال؛ من زيادة قدرته على التحكم الجيد في إحساسه بالضغط والتوتر، حيث ترشده الباحثة إلى الاسترخاء كلما شَعُر بالقلق والتوتر للتخفيف منه، مما يزيد من ثقته بذاته ومن ثَمّ زيادة فعالية الذات المدركة لديه.

التدريب الثالث: تحصين حركة العين وإعادة المعالجة.

توضح الباحثة للطالب(الحالة) ضرورة اتباع التعليمات التي تُطلَب منه، حتى تتمكن من الاستفادة من قدراته وإمكانياته وتزيد من فاعلية هذا التدريب، ويتم كالتالي:

تعرض الباحثة للطالب صورة لشخص يسير في ممّر أو شارع مزدحم بالناس. كما هو موضح بالصورة:



الباحثة: ركز في الصورة التي أمامك، وتخيل نفسك في هذا الموقف، وأخبرني ما إذا كنت مررّت بخبرة مشابهة لها، ولا تخفى مشاعرك، أو تحاول عدم إظهارها وهكذا يتم هذا التدريب بنفس الطريقة التي سبق الإشارة إليها في الجلسة السابعة.

وفي النهاية تشكره الباحثة على مشاركته الجادّة في التدريبات، وتذكره بموعد الجلسة القادمة، وتحثّه على التعاون معها من أجل المثول للشفاء، وتكلفه بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

حاول تطبيق كل ما تعلمته في جلسة اليوم على مواقف حياتية مشابهة، مع كتابة وصف لما تَشعُر به تجاه هذه المواقف بعد جلسات البرنامج.

الجلسة الثانية عشرة: (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة : أدّ وواجه.

أهداف الجلسة :

- مساعدة الطالب(الحالة) على التغلب على خوفه من التقييم السالب عند قيامه بأداءً معيناً أمام الآخرين.
- إكساب الطالب(الحالة) مجموعة من أساليب المواجهة، التي تمكنه من مواجهة المواقف الاجتماعية الأدائية بدلاً من تجنبها.

ومن أمثلة هذه المواقف:

- التحدث أمام الآخرين. أو
- عزف قطعة موسيقية. أو
- لعب رياضة معينة. أو
- العزوف عن الانضمام إلى أي أنشطة. وغيرها

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية الغمر – فنية الضبط المعرفي للذات (نموذج "FEAR" لـ كيندال وزملائه)– إدارة الوقت – فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحّب الباحثة بالطالب(الحالة) وتسلم عليه، وتتطلع على التقارير المكتوبة والشفهية حول ما حدث في الجلسة السابقة، وتعزّز هذه الإجابات، ثم تبدأ الباحثة الجلسة بحثّه على إتباع التعليمات الآتية:

إلى ذهنه في الموقف السابق، ثلاث مرات لكي يتمكن من استثمار الوقت الضائع في التفكير؛ مما يزيد من ثقته بذاته وبقدرته على مواجهة المواقف الاجتماعية الأدائية المختلفة(فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب)، فمن خلال الكتابة المتكررة عن الموقف المرهوب، يحدث نوع من الأُلفة بينه وبين الموقف فيعتاد عليه، وفي نهاية الجلسة تشكره الباحثة وتذّكره بموعد الجلسة القادمة، وتُكلفه بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

احضر ورقة واكتب عليها سيناريو متوقع عن أداء معين طُلَب منك؟ مع وصف كل ما تَشعُر به أثناء تأديته؟.

الجلسة الثالثة عشرة: فردية ومدتها (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: التغلب على توقع التقييم السالب لأدائه من قبل الآخرين.

أهداف الجلسة:

- تكرار جلسات التعريض التخيلي الخاص بالخوف من المواقف الاجتماعية التي يظّن الحالة فيها بأنه عرضّة للتقييم السالب من قبل الآخرين.
- تزويد الطالب(الحالة) بأساليب جديدة للمواجهة تساعده على التغلب على خوفه وقلقه.

الفنيات والأساليب المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية التحصين التدريجي –فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة– فنية إدارة الضغط– التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحّب الباحثة بالطالب(الحالة) وتطمئن عليه، وتسأله إذا ما كان أنجز الواجب المطلوب منه أم لا ؟، فإذا أجابت بنعم تعززّه وتدّعمه لضمان احتفاظه بالاستجابة وتكرارها.ثم تبدأ الباحثة الجلسة بحثه على اتباع كافة التعليمات المطلوبة منها أثناء التدريبات الآتية:

١- **التدريب على الاسترخاء ثم التخيل:** تطلب الباحثة من الطالب الجلوس على الكرسي مسند برأسه إليه، استعداداً منه لممارسة الاسترخاء، ثم يُطلب منه تخيل نفسه وهو يشرح جزئية معينة من محاضرة ما لأحد زملائه، ثم يُطلَب منه تخيّل نفسه وأستاذ المادة يسأله سؤال في المحاضرة وهو يعرفه، ثم يُطلَب منه تخيّل نفسه وأستاذ المادة يسأله سؤال في المحاضرة وهو لا يعرّفه، وفي كل مرة يُطلَب منه الإفصاح عن كل ما يشعر به أو يفكر فيه.

٢- **التدريب على إدارة الضغط** : تطلب الباحثة من الطالب الاسترخاء كلما شعر بالخوف عند تخيل المواقف السابقة. حيث يتمكن من خلال تكراره للتدريب السابق المُمثل في التعريض المدّرج للمثير المرهوب على مستوى الخيال؛ من زيادة قدرته على التحكم الجيد في إحساسه بالضغط والتوتر، حيث تُرشده الباحثة إلى الاسترخاء كلما شَعُر بالقلق والتوتر للتخفيف منه، مما يزيد من ثقته بذاته ومن ثَمّ زيادة فعّالية الذات المدركة لديه.

٣-التدريب الثالث: تحصين حركة العين وإعادة المعالجة.

توضح الباحثة للطالب(الحالة) ضرورة اتباع التعليمات التي تُطلّب منه، حتى يتمكن من الاستفادة من قدراته وإمكانياته، والتي تتم كالآتي:

تعرض الباحثة للطالب صورة لشخص يرغب في استخراج أي مستند رسمي من أحد المصالح الحكومية، كما هو موضح بالصورة:



الباحثة: ركز في الصورة التي أمامك، وتخيل نفسك في هذا الموقف، وأخبرني عن إذا ما كنت مررّت بخبرة مشابهة لها، ولا تخفى مشاعرك، أو تحاول عدم إظهارها. وهكذا يتم هذا التدريب بنفس الطريقة التي سبق الإشارة إليها في الجلسة السابعة.

وفي النهاية تشكره الباحثة عن مشاركته الجادة والفعّالة، وتكلفه بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

حاول تطبيق كل ما تعلمته في جلسة اليوم على مواقف حياتية مشابهة؟ مع كتابة وصف لما تشعر به تجاه هذه المواقف.

المرحلة الثانية: الجلسات العلاجية الخاصة بالتعريض للواقع الافتراضي غير الغمري:

الجلسة الرابعة عشرة : (جماعية) ومدتها (٤٥ دقيقة)

عنوان الجلسة : الواقع الافتراضي.

أهداف الجلسة:

- أن يتعرف المشاركون في البرنامج على ماهية الواقع الافتراضي.
- أن يعطى المشاركون في البرنامج فكرة مبسطة عن طريقة استخدام الكمبيوتر في العلاج.
- توضيح أهم مميزات الواقع الافتراضي.
- توضيح أهم أنواع الواقع الافتراضي.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

المحاضرة والمناقشة – الكمبيوتر – فنية النمذجة – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة :

ترحب الباحثة بالحضور، وتقدم لهم الشكر على إلتزامهم بحضور الجلسات في موعدها، وعلى تعاونهم معها أثناء الجلسات. ومن باستخدام أسلوب **(المحاضرة)** تعرض الباحثة للحالات مفهوم الواقع الافتراضي (VR) ، حيث توضح أنه تكنولوجيا تسمح للمستخدم بالتفاعل مع بيئة مماثلة بالكمبيوتر، وهي من الممكن أن تصبح أداة قوية وفعالة في العلاج المستقبلي للفوبيات. ومن أهم تطبيقات الواقع الافتراضي إدخال مريض الفوبيا إلى بيئة افتراضية تحتوي على المثيرات المخيفة بدلاً من وضعه في بيئة واقعية أو تخيل المثيرات، حيث يعد من المفترض أن البيئة الافتراضية قادرة على استدعاء نفس الاستجابة السلوكية مثل الموقف في البيئة الواقعية، حيث تعمل على إعادة خلق السلوك الاجتماعي لدى الطالب.

وتعرف الواقع الافتراضي "على أنه دمج وتكامل كل من رسـومات الكمبيوتر الخاصة بالزمن الواقعي، وأجـزاء تعقـب البـدن، والعـروض البصرية، وأجزاء المخرجات الحسية الأخرى، وذلك لغمر المريض في بيئة افتراضية مصممة بواسطة الكمبيوتر".

وتوضح الباحثة لهم أيضاً أنواع الواقع الافتراضـي حيـث تذكر أنه نوعان :

*الواقع الافتراضي الغمري Immersive VR.

*الواقع الافتراضي غير الغمري Non Immersive VR.

وتعرف الواقع الافتراضي الغمرى على أنه يقوم على غمر الأفـراد في بيئة افتراضية غمراً كلياً، حث تمنع أعينهم وآذانهم عند العالم الخارجي، حيث يُستَخدم له أدوات معينة كالنظارات، بينما يعرف الواقـع الافتراضـي غير الغمري على أنه عرض واقع افتراضي ثلاثي الأبعـاد علـى سـطح المكتب بالنسبة للكمبيوتر أمام المستخدم، وهنا لا يغمر المـستخدم بـصورة كاملة في البيئة الافتراضية، ولكن من الممكن التحرك داخل هذا العالم مـن خلال بعض المُدخلات كالفأرة وعصا التحكم ولوحة المفاتيح.

وللواقع الافتراضي غير الغمري عدة أنواع ، وهي:

* الواقع الافتراضي المتزايد. * الواقع الاصطناعي.

* الواقع الافتراضي الخاص بحوض التصيد. * الواقع المماثل.

وتوضح لهم معنى هذه الأنواع في شرح مبسط لكل منهم، ثم تفـتح الباحثـة باب المناقشة، بسؤال الحضور هل لديكم أي استفسار ؟؟

ثم تقوم الباحثة بتنفيذ موقف ما باستخدام الكمبيوتر، لتوضيح كيفية التفاعل مع الكمبيوتر، متخذةً من نفسها نموذجاً يُحتذى به من جانب الحضور، ثم تطلب منهم محاكاتها عند التطبيق (أسلوب النمذجة)

Modeling، حيث تحثهم على اتخاذها كنموذج أثناء أداء الجلسات القادمة. كما تدعو الباحثة الحضور إلى التعامل مع خوفهم بطريقة بناءة وجادة أثناء الجلسات، وإذا شعر أحدهم بالتوتر والقلق يمارس على الفور الاسترخاء الذي سبق وأن تعلمه في الجلسات السابقة، أو أن يعمل تشتتاً لأفكاره من خلال ممارسة التدريب الخاص بالضبط المعرفي لذاته، الذي يساعده على التخلص من تلك الأفكار.

وفي نهاية الجلسة تشكر الباحثة الحضور على اهتمامهم وإنصاتهم، مع التحفيز المستمر والدعم من جانبها لضمان استمرارهم في العلاج.

الواجب المنزلي:

تكلف الباحثة الحضور بالتدرّب على استخدام الكمبيوتر في حياته اليومية استعداداً منه لاستخدامه في الجلسات القادمة.

أولاً: جلسات الواقع الافتراضي غير الغمري الخاص بالتغلب على صعوبة المبادأة وتأسيس علاقات جديدة(*) .وعددها (ثلاث جلسات) وبيانها كالتالي:

الجلسة الخامسة عشرة: فردية ومدتها (١٠ دقائق)

عنوان الجلسة: شراء حذاء أو كوتشي.

(*) ملحوظة : تُلمح الباحثة إلى أنه قد تم إعداد برنامج التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري، من مجموعةالصور الفوتوغرافية المُلتقطة لمواقف تفاعل اجتماعي حقيقة للطلاب(في الكلية، وفي إحدى المطاعم، وفي الأسرة، ومع الجيران)لتُكسب البرنامج شيئاً من الواقعية، وليقترب من واقع الطلاب الملموس بشكل أو بآخر.

كما تلمح الباحثة أيضاً إلى أنه كان الصعب التقاط هذه الصور على الإناث، وذلك لعادات وتقاليد المجتمع الشرقي ، وهذا ما يُفسر ما قامت به الباحثة من تصويرها على الذكور كممثلين لنماذج تفاعل اجتماعي، بدلاً من الاعتماد على الصور الكرتونية التي في لا تصلح في تصورها على طلاب الجامعة .

أهداف الجلسة :

- السماح للطالب(الحالة) بالتفاعل مع الموقف الافتراضي غير الغمري المماثل للواقع، والذي يُحاَكي موقف اجتماعي بفعالية وكفاءة.
- زيادة قدرة الطالب(الحالة) على مواجهة المواقف الاجتماعية التي تُشعَره بالدونية وصعوبة البدء في الحديث مع الآخرين، من خلال التعريض للموقف الافتراضي المُعدّ.
- التطبيق العملي لاستخدام التكنولوجيا في العلاج.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

الكمبيوتر – فنية الاسترخاء – فنية الإشارات الآمنة –فنية إدارة الوقت– فنية المحادثات الثنائية أو الديالوج– فنية الأحاديث الذاتية– فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة :

ترحبّ الباحثة بالطالب وتشكره على التزامه بموعد الجلسة، مع التأكيد علي ضرورة الالتزام بالتعليمات الواجب مراعاتها أثناء التعريض للموقف الافتراضي، وهي :

- التعبير بصدق عما يدور بداخله من مشاعر.
- لا توجد إستجابة صحيحة وأخرى خاطئة.
- بإمكانك الخروج من الموقف إذا أردت ذلك.
- مارس تدريبات الاسترخاء كلما شعرُت بالقلق والتوتر.
- مدة الموقف ١٠ دقائق ويمكنك إعادة المحاولة في نهاية الجلسات، مع ضرورة الاستفادة من الوقت المُهدّر عند التفاعل مع الموقف الافتراضي.

- ❖ يوجد بعض الإشارات الآمنة التي بإمكانك استغلالها فـــي مواجهـــة الموقف.
- ❖ يمكنك استخدام إحدى الإشارات الآمنة أو كليهما معاً.
- ❖ حاول ممارسة التدريبات السابق التدرّب عليها في الجلسات التخيلية.
- ❖ دون ما تشعر به أثناء التعريض في بطاقة أو عــن أي ملاحظــات خاصة بك، واكتب عليها رقمك السري.
- ❖ سلم هذه البطاقة للباحثة فور الانتهاء من الجلسة.

محتوى الموقف الافتراضي :

بينما كنت سائراً في الشارع أعجبني حذاء معروض فـــي الفترينـــة فوددت شراءه.

فيظهر على شاشة الكمبيوتر خياران كما هو موضح في الصورة:

- ❖ **الاختيار الأول:** وجود أحد الإشارات الآمنة (فنية الإشارات الآمنـــة) المتمثلة في أحد الوالدين.
- ❖ **الاختيار الثاني:** وجود أحد الإشارات الآمنة (فنية الإشارات الآمنة) المتمثلة في الصديق.

مثال على محتوى الديالوج المتوقع في حالة الاختيار الأول:

الحالة: بابا ممكن تيجي معايا نشتري الشوز دا.

الأب : ممكن أوي.

الحالة : تعالي ندخل.

العامل:اؤمر.

الحالة: أنا عايز أشوف الشوذ المعروض بره ممكن.

العامل: مقاسك كام.

الحالة: ٤٠.



العامل: إتفضل.

الحالة: إيه رأيك يا بابا.

الأب : حلوة.

الحالة:اسأله هي بكام.

الأب :لو سمحتي هي بكام.

العامل : ٨٠ جنيه.

الأب : بتقولك ب ٨٠.

الحالة: خلاص ها شتريها. وهكذا........

كما هو مبين في الصور الآتية التي توضح الاختيار الأول:





مع مراعاة ضرورة التعزيز الإيجابي أو التغذية المرتدة من قبل الباحثة، وبعد الانتهاء من الموقف يُعطى الطالب بطاقة ويُطلب منها تسجيل كل ما شعرت به أثناء تنفيذ الموقف على الجهاز بكل صدق، وتذكره بسرية ما يكتب في هذه البطاقة.

الواجب المنزلي:

وفي نهاية الجلسة تشكر الباحثة الطالب وتحثّه على محاولة تطبيق هذا الموقف على مواقف مشابهة في الحياة الطبيعية، مع حثّه على ممارسة التدريبات الملائمة للموقف والتي سبق التدرب عليها؛ من أجل التمكن من اجتيازه بكفاءة واقتدار، وكيف استفاد من جلسة التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري في الحياة الطبيعية.

الجلسة السادسة عشرة: فردية مدتها (١٠ دقائق)

عنوان الجلسة : شط البحر.

أهداف الجلسة :

- السماح للطالب(الحالة) بالتفاعل مع الموقف الافتراضي غير الغمري (شط البحر) المماثل للواقع، والذي يُحاكي موقف اجتماعي بفعّالية وكفاءة.

- زيادة قدرة الطالب(الحالة) على مواجهة المواقف الاجتماعيـــة التـــي تتطلب منه تكوين علاقات جديدة مع الآخرين، من خلال التعـــريض للموقف الافتراضي المُعدّ.
- التطبيق العملي لاستخدام التكنولوجيا في العلاج.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

الكمبيوتر – فنية الاسترخاء – فنية الإشارات الآمنة – فنية الأحاديـــث الذاتية– فنية المحادثات الثنائية أو الديالوج – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالطالب ومراجعة الواجـــب المنزلـــي معه، وتشكره على التزامه بموعد الجلسة، ومشاركته الفعّالـــة والجـــادّة فـــي الجلسات، ثم تذكره بالتعليمات السابقة الخاصة بجلسة التعريض الافتراضـــية السابق الإشارة إليها.

محتوى الموقف الافتراضي : شط البحر.

يحتوي الموقف الافتراضي على رحلة تقوم بها أســـرتك إلـــى أحـــد المصايف مع أحد جيرانك، وكان من المفروض عليـــك التفاعـــل مـــع أولاد جارك من نفس النوع بشكل جيد ولائق، على الرغم من أنك لم تكـــن تعتـــاد التحدث معهم من قبل، أو ترتاب عند التحدث معهم. ومثال على هذا التفاعل في وجود أحد الإشارات الآمنة (فنية الإشارات الآمنة) المتمثلة في وجود أحد الإخوة على الشط. كما هو مبين في الصور التالية:



محتوى الديالوج:

ابن جارك: إزيك عامل إيه؟ عاش من شافك.

الحالة: الحمد لله.

ابن جارك: عامل إية في الكلية.

الحالة: ماشي الحال.

ابن جارك: هو أنت ليه ما بتجيش عندنا.

الحالة: بخاف تكون مش فاضي.

ابن جارك: لا بالعكس أنا كتير أوي بكون فاضي، ابقى هات أخوك وتعالى، أنا عندي لعب جديدة على النت.

الحالة: إن شاء الله.

ابن جارك: ممكن انضم للكونت بتاعك على النت.

الحالة : ماشى.

ابن جارك: إنا عندي شلة أصدقاء على الكونت بتاعي، هيفرحوا أوي لما يتعرفوا عليك.

الحالة: يا ريت.

وهكذا ....

الواجب المنزلي:

وفي نهاية الجلسة تشكره الباحثة (التعزيز)، وتطلب منه أن يسلمها البطاقة بالرقم السري الخاص به، وتذّكره بضرورة محاولة تطبيق هذا الموقف على مواقف مشابهة في الحياة الطبيعية، مع حثّه على ممارسة التدريبات الملائمة للموقف والتي سبق التدرب عليه؛ من أجل التمكن من اجتيازه بكفاءة واقتدار، ثم تطلب منه أن يكتب ما يشعر به عند مواجهة تلك المواقف.

الجلسة السابعة عشرة: فردية مدتها (١٥ دقيقة)

عنوان الجلسة: التأكيد على التغلب من الخوف من المبادأة وتأسيس علاقات جديدة.

أهداف الجلسة:

- التأكيد على التخفيف من خوف الطالب(الحالة) من المبادأة وتكوين علاقات جديدة مع الآخرين والتفاعل معهم، من خلال التعريض المتكرر للموقفين الافتراضيين.
- التأكيد على تدرب الطالب(الحالة) على التحكم في ذاته عند مواجهة الموقفين الافتراضيين السابقين، من خلال إعادة التعريض لهما مرة أخرى.
- التأكيد على حدوث التعود، حيث يعتاد الطالب(الحالة) على المواقف الافتراضية ويألفها، وبالتالي ينخفض مستوى الخوف والتوتر لديه عند مواجهة المواقف الاجتماعية المشابهة.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

الكمبيوتر – فنية الاسترخاء – فنية الإشارات الآمنة – فنية المحادثات الثنائية – فنية إدارة الوقت – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالطالب ومراجعة الواجب المنزلي معه، وتشكره على التزامه بموعد الجلسة، ومشاركته الفعّالة والجادّة في الجلسات، ثم تذّكره بالتعليمات السابقة الخاصة بجلسة التعريض الافتراضية السابق الإشارة إليها، ثم تُعِيد الباحثة تعريض الطالب للموقف الافتراضي الخاص بشراء حذاء، وبعدها تعرضه للموقف الافتراضي الخاص بشط البحر، بحيث يتمكن من خلال التعريض المتكرّر لهذين الموقفين من التغلب على الخوف الذي ينتابه عند مواجهة المواقف الاجتماعية المشابهة، التي تنطوي على تهديد بالنسبة له من كونه غير قادر على المبادأة أو تكوين علاقات جديدة مع الآخرين أو التفاعل معهم.

وفي نهاية الجلسة تشكره الباحثة (التعزيز)، وتطلب منـــه أن تـــسلمها البطاقة بالرقم السري الخاص به، وتذكره بضرورة كتابة ما شَعُر به، أو مـــا توارد إلي ذهنه من أفكار أثناء التعريض مرة أخرى لهذين الموقفين.

الواجب المنزلي:

التطبيق العملي لهذين الموقفين في الحياة الطبيعية، مع الاستفادة مـــن الاستراتيجيات وأساليب المواجهة التي تدرّب عليها الطالـــب فـــي مواجهـــة المواقف الاجتماعية المشابهة في الحياة الطبيعية؟.

ثانياً: جلسات الواقع الافتراضي غير الغمري الخاص بالتغلب على الخوف من التقييم السالب ، وعددها (ثلاث جلسات) وبيانها كالتالي:

الجلسة الثامنة عشرة: فردية مدتها (١٠ دقائق) .

عنوان الجلسة: عزومة غداء.

أهداف الجلسة :

- السماح للطالب بالتفاعل مع الموقـــف الافتراضـــي غيـــر الغمـــري (عزومة غداء) المماثل للواقع، والذي يُحاكي موقف اجتماعي بفعّالية وكفاءة.
- زيادة قدرة الطالب على مواجهة المواقف الاجتماعية التي يكون فيها موضع ملاحظة أو تدقيق من قبل الآخرين، من خـــلال التعـــريض للموقف الافتراضي المُعدّ.
- التطبيق العملي لاستخدام التكنولوجيا في العلاج.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

الكمبيوتر – فنية الاسترخاء –فنية الأحاديث الذاتية– فنية الإشـــارات الآمنة — فنية إدارة الوقت – فنية المحادثـــات الثنائيـــة– فنيـــة التعزيـــز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالطالب(**الحالة**) مع تسلم الواجب المنزلي منه وتراجعه، وتشكره على الالتزام بجلسات العلاج في البرنامج، ثم تذّكره بالتعليمات والإرشادات السابقة الإشارة إليها، وتحثه على ضرورة الالتزام بها.

محتوى الموقف الافتراضي: عزومة غداء.

بينما كنت في الكلية شعرت أنا وصديقي بالجوع، فعرض علي صديقي الأكل في المطعم المجاور للكلية.

يظهر لك على الشاشة خياران كما هو موضح في الصورة: :

- الاختيار الأول: وجود إحدى الإشارات الآمنة المتمثلة في الأكل في كافيتريا الكلية(مكان مألوف بالنسبة للطالب) بدلاً من الخروج خارجها.
- الاختيار الثاني: الذهاب إلى المطاعم المجاورة للكلية.

فلنفترض أن الحالة اختارت الاختيار الثاني فيكون الديالوج كالتالي:

الصديق: ما تيجي ناكل في المطعم اللي بره الكلية ، بيقدم وجبات حلوة أوي، أنا عزمك .

الحالة: أوكي، يلا بنا.

الصديق: يااه المطعم مليان على آخره، بس فيه طرابيزة فاضية هناك تعالى نروحلها.

الحالة : ماشى.

الجرسون: أهلاً بكم تحبوا تأكلوا إيه.

الحالة : أي حاجة.



الصديق: هات لي شندوتش كفتة، وحاجة صاقعة.

الحالة: وأنا زيوه.

الجرسون : تفضلوا.

الصديق والحالة: يلا نأكل.

وهكذا......... كما هو مبين في الصور الآتية:




















الواجب المنزلي:

وفي نهاية الجلسة نشكره الباحثة على مشاركته (التعزيز) وتطلب منه تسليم البطاقة الخاصة به، وتؤكد على ضرورة تطبيق ما تعلمته في الجلسة على مواقف حياتية مشابهة.

الجلسة التاسعة عشرة: فردية مدتها (١٠ دقائق).

عنوان الجلسة : إلقاء محاضرة لزملائك.

أهداف الجلسة :

- السماح للطالب بالتفاعل بفعّالية وكفاءة مع الموقف الافتراضي غير الغمري (متمثلاً في إلقاء محاضرة على مجموعة من الزملاء) المماثل للواقع، والذي يُحَاكي موقف اجتماعي طبيعي.
- زيادة قدرة الطالب على مواجهة المواقف الاجتماعية التي يتوقع فيها التقييم السالب من قبل الآخرين، من خلال التعريض للموقف الافتراضي المُعدّ.
- التطبيق العملي لاستخدام التكنولوجيا في العلاج.
- مساعدة الطالب على عدم الاكتراث بالمحيطين به، والتخلص من حساسيته الزائدة للنقد أو التقييم السالب من جانبهم.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

الكمبيوتر – فنية الاسترخاء – فنية الإشارات الآمنة – فنية إدارة الوقت – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالطالب(الحالة) وتتسلم الواجب المنزلي منه وتراجعه، وتشكره على الالتزام على حضور الجلسات، وتذكره بإتباع

التعليمات السابقة الإشارة إليها في الجلسات السابقة، كما تحثه على ممارسة التدريبات السابق التدرب عليها في الجلسات السابقة.

محتوى الموقف الافتراضي: إلقاء محاضرة لزملائك.

يتكون الموقف من طاولة كبيرة بها عدد من الكراسي التي يجلس عليها اثنين من زملائك في الكلية، بينما يوجد كرسي خال على رأس الطاولة خاص بالطالب، حيث يقوم بمحاضرة الحضور عن موضوع ما .

فيظهر له على الشاشة خياران كما هو موضح في الصورة:

- ❖ الاختيار الأول: العرض أمام الحضور.

الاختيار الثاني: تقليل عدد الحضور على الطاولة.



ففي حالة الاختيار الثاني:





مع مراعاة ضرورة التعزيز الإيجابي أو التغذية المرتدة للطالب من قبل الباحثة. وبعد الانتهاء من الموقف يشكره الجميع على أداءه المتميز، مما يزيد من ثقته بذاته، وقدرته على مواجهة المواقف المشابهة في الواقع. وفي نهاية الجلسة تشكره الباحثة وتحثه على محاولة تطبيق هذا الموقف على مواقف مشابهة في الحياة الطبيعية، مع حثه على ممارسة التدريبات الملائمة للموقف والتي سبق التدرب عليها؛ من أجل التأكد اجتيازه بكفاءة واقتدار.

الواجب المنزلي:

ما الدروس المستفادة من جلسات التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري؟ وكيف استفدت تلك الجلسات في الحياة الطبيعية؟ وما اتجاهك نحو التعريض إليه من محبّ أو معارض؟.

الجلسة العشرون: فردية مدتها (١٥ دقيقة)

عنوان الجلسة: التأكيد على التغلب على الخوف من التقييم السالب.

أهداف الجلسة:

- التأكيد على التخفيف من خوف الطالب من التقييم السالب من الآخرين المتمثل في الخوف من أن يكون موضع ملاحظة من قبل

الآخر، أو أي موقف يتطلب منه أداءً معيناً، من خــلال التعــريض المتكرر للموقفين الافتراضيين.

- التأكيد على تدرب الطالب على التحكم في ذاته عند مواجهة الموقفين الافتراضيين السابقين، من خلال إعادة التعريض لهما مرة أخرى.
- التأكيد على حدوث التعود، حيث يعتــاد الطالــب علــى المواقــف الافتراضية ويألفها، وبالتالي ينخفض مستوى الخوف والتــوتر لديــه عند مواجهة المواقف الاجتماعية المشابهة.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

الكمبيوتر – فنية الاسترخاء– فنية الإشارات الآمنة – المحادثات الثنائية–فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالطالب(الحالة) ومراجعة الواجب المنزلــي معه، وتشكره على التزامه بموعد الجلسة، ومشاركته الفعّالــة والجــادّة فــي الجلسات، ثم تذّكره بالتعليمات السابقة الخاصة بجلسة التعريض الافتراضــية السابق الإشارة إليها، ثم تُعيد الباحثة تعريض الطالب للموقــف الافتراضــي الخاص بعزومة الغداء، وبعدها تعرضه للموقف الافتراضي الخاص بإلقــاء المحاضرة ، بحيث يتمكن الطالب من خــلال التعــريض المتكــرّر لهــذين الموقفين من التغلب على خوفه الذي ينتابه عند مواجهة المواقف الاجتماعية، التي تنطوي على تهديد بالتقييم السالب من جانب المحيطين به.

الواجب المنزلي:

وفي نهاية الجلسة تشكر الباحثة الطالب (التعزيز)، وتَطلُب منهــا أن يسلمها البطاقة بالرقم السري الخاص به، وتذكره بضرورة كتابة مع شَــعرُت

به، أو ما توارد إلي ذهنه من أفكار أثناء التعريض مـرة أخـرى للمـوقفين الافتراضيين، مع ضرورة محاولة التطبيق العملي لهذين الموقفين في الحيـاة الطبيعية ، مع الاستفادة من الإستراتيجيات وأساليب المواجهة التـي تـدرب عليها في مواجهة المواقف المشابهة في الحياة الطبيعية.

المرحلة الثالثة : جلسات التعريض الواقعي للتخفيف من الفوبيا الاجتماعية.

الجلسة الحادية والعشرون: فردية مدتها "٤٥ دقيقة "

عنوان الجلسة: المواجهة الواقعية للخوف من المبـادأة وتكـوين علاقـات جديدة.

أهداف الجلسة:

- التدريب العملي والواقعي للطالب على مواجهة المواقف الاجتماعيـة التي تنطوي على تهديد بعدم الأُلفة أو الشعور بالرفض مـن جانـب الآخرين.
- إكساب الطالب بعض مهارات وأساليب المواجهـة عنـد تعريـضه للمواقف الاجتماعية المرهوبة له.
- زيادة قدرة الطالب على المبادأة وتكوين علاقات جديدة مع الآخرين، عند التعريض للمواقف الاجتماعية الواقعية.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية النمذجة – فنية قلب الدور – فنية لعب الدور – فنية المحادثـات الثنائية – فنية الإشارات الآمنة – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة جلستها بالترحيب بالطالب(الحالـــة) والاطمئنـــان عليـــه، ومراجعة الواجب المنزلي معه، ثم تخبرّه بأنه قد اجتاز شـــوطاً كبيـــراً فـــي العلاج ولم يتبقى سوى القليل، وأنه سوف يطبق ما تعلمتـــه فـــي الجلـــسات السابقة على مواقف حياتية كانت تُعدّ مرهوبة لـــه مـــن قبـــل، أو لـــم يكـــن باستطاعته مواجهتها، لذلك فمن الواجب عليه اتباع ما يطلب منـــه ويحـــاول تنفيذه بثقة ونجاح.

ثم تبدأ الباحثة الجلسة حيـــث تطلـــب منـــه عمـــل التـــدريب علـــى الاسترخاء، مع متابعة أداء الباحثة في هذا الموقف ومن ثم الاحتذاء بها.

عنوان موقف التدريب: حفل خطوبة.

المشاركون في الموقف التدريبي: الباحثة، الحالة وبعض أصدقاء الحالـــة. وتنوه الباحثة إلى أنها راعت اختلاف النوع بين الذكور والإناث فـــي عينـــة الدراسة، حيث يتشابه عنوان الموقف وهدفه بين جميع أفراد العينـــة، بينمـــا يختلف مضمون الموقف والديالوج الخاص به من فرد إلى أخرن فهي قـــصة مُختلَقة قد تكون حدثت أو لم تحدث ولكنها مرتبطة بمواقف حياتية قد تحـــدث لأي فرد منهم.

محتوى الموقـــف : (مثال للتوضيح فقط**)** تدور قصة الموقف عند دعوة ليلى بنت الجيران أسرة الحالة لحضور حفل خطوبتها، وقد قررت أمهـــا الذهاب واصطحاب الحالة معها، ثم تبـــدأ الباحثـــة بتوزيـــع الأدوار عليهم، فمنهم من يأخذ دور بنت الجيران، ومنهم مَنّ يأخذ دور أحـــد المدعوين، ومنهم من يأخذ دور الأخت(لبنى)، ومنهم من يجسد دور أصدقاء ليلى، أما الباحثة فقد اختارت دور الأم، وبذلك يكون الموقف أبطاله من الطالب (الحالة: بسمة)، وأمها، وأختها، وصديقتها حيـــث

يعد الثلاثة السابق الإشارة إلـيهن بمثابـة إشـارات آمنـة تُـدعّم الطالب**(**الحالة**)** وتشد من أزره ، وأحد المدعوين. ومن المفترض في هذا على الطالب في هذا الموقف أن يبـادئ بالحـديث معهـم بـل والتفاعل معهم .

وفيما يلي عرض للسيناريو المتوقع**(**فنية المحادثات الثنائية**)** في هذا الموقف:

الأم: مين اللي كان بيضرب الجرس يا لبنى.

لبنى: دا عمو أيمن.

الأم: ليه خير.

لبنى: جايب كارت خطوبة ليلى بنته.

الأم: طيب كويس ألف مبروك، قولي لبسمة تجهز نفسها علشان ما نتأخرش.

لبنى(أخت الحالة): يا بسمة اجهزي علشان إحنا خارجين إنهادرة.

بسمة(الحالة): ليه هو لازم أروح يا ماما.

الأم: طبعاً يا بوسي علشان طنط ماجدة ما تزعلش وبعدين إحنا فـي أجـازة وتعالى نخرج نغير جو.

بسمة: بس هي مش صاحبتي أوي.

لبنى: يعني هي كانت صحبتي أنا فُكك تعالي نروح وخلاص.

بسمة: زي بعضه أنا هاروح البس. وخرجن إلى الفرح فقابلن عند البوابـة مامت ليلى وبعض أصدقائها.

الأم: السلام عليكم ألف مبروك وعقبال البكاري دول بناتي بسمة ولبنى.

بسمة: إزيك يا طنط.

مامت ليلى: الحمد لله، ماشاء الله عقبالك.

بسمة: شكراً يا طنط . **وهكذا ....**

من خلال الديالوج السابق تعرض الباحثة للطالب(الحالة)نموذجاً لتفاعل اجتماعي طبيعي، كان من قبل يخاف من التفاعل معه وتطلب منه ملاحظة أدائه ويحاول تقليده (فنية النمذجة)، ثم تطلب من المشاركين تبادل الأدوار (فنية قلب الدور) حتى يتسنى للطالب معايشة الدور من جميع زواياه. وفي النهاية تعززه الباحثة وتشكره على أدائه الرائع في الموقف من أجل ضمان استمرار الاستجابة وتكرارها، ثم تنهي الجلسة.

الواجب المنزلي:

أُكتب كل ما شعرت به أثناء تأديته للموقف السابق، وما الدروس المستفادة منه، وكيف يمكنه الاستفادة منه في حياته الطبيعية.

الجلسة الثانية والعشرون: فردية . مدتها (٤٥ دقيقة)

عنوان الجلسة: المواجهة الواقعية للخوف من التقييم السالب.

أهداف الجلسة :

- التدريب العملي والواقعي للطالب على مواجهة المواقف الاجتماعية التي تنطوي على تهديد بالتقييم السالب من قبل الآخرين.
- إكساب الطالب بعض مهارات وأساليب المواجهة عند تعريضه للمواقف الاجتماعية الأدائية التي لم يكن باستطاعته مواجهتها.
- التدريب العملي للطالب على تقبل النقد والتخلص من الحساسية الزائدة من التقييم السالب وذلك عند قيامه بأداء معين.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية النمذجة – فنية قلب الدور – فنية لعب الدور – فنية المحادثات الثنائية – فنية الإشارات الآمنة – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالحالة، وتطمئن عليه وتشكره على إلتزامه بموعد الجلسة، وتتسلم منه الواجب المنزلي وتراجعه معه، ثم تبدأ الجلسة بدعوة الحالة إلى الهدوء والاسترخاء وتذكر شيء سار، ثم تخبره أن عنوان الموقف التدريبي اليوم هو "**أنا مدرس خصوصي**".

وتحكي الباحثة للحالة قصة الموقف في أن الباحثة التي تقوم بدور الحالة فيه (فنية قلب الدور)، حيث طلبت منها إحدى زملائه أن يشرح له جزئية في المنهج، فترحبّ الباحثة (الحالة) بذلك، وتهُم في شرحها له، وتتيح الباحثة للحالة اختيار أحد أصدقاءه لينفذ معه الموقف، مع إتاحة الفرصة له أيضاً في اختيار المكان الذي يرغب فيه وتسأله إذا ما كان يرغب في وجود غرباء أم يكتفي بصديقه والباحثة فقط (فنية الإشارات الآمنة).

مثال على الديالوج: (فنية المحادثات الثنائية)

الزميل: أنا مش فاهم الجزئية دي في المحاضرة، إنت فاهمها؟.

الباحثة(الحالة) : أيوه.

الزميل : ممكن تشرحهالي.

الباحثة : أوكي.

الزميل: ماتيجي نشرب حاجة في الكافتيريا.

الباحثة: ماشي.

ثم يذهبان إلى الكافتيريا ويجلسان على إحدى الطاولات.

الباحثة: من فضلك ممكن تجبلي فنجان شاي.

الجرسون : كام ملعقة سكر.

الباحثة: ملعقة واحدة فقط.

الجرسون: حاضر. **وهكـــــــــذا** ....

ثم تذهب الباحثة والحالة وصديقه إلى الكلية، وتبدأ في أداء المهمـــة المطلوبة منه. وفي نهاية الموقف، تطلب الباحثة من الحالة أن تحذو حـــذوها وتقلدها وتقوم بدورها السابق(فنية لعب الدور)، وعندما تنفذه، تشكره الباحثة وتدعمه، ثم تنهي الجلسة.

الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من الطالب تطبيق ما تمرّن عليه في الموقف الـــسابق فـــي مواقف مشابهة، على أن يُسجل في بطاقة كل ما يشعُر به أثناء تنفيـــذه هـــذا الموقف، ويسلمها للباحثة؟.

الجلسة الثالثة والعشرون: جماعية . (مدته مفتوحة)

عنوان الجلسة: يوم التسوق Shopping Day .

أهداف الجلسة :

- التأكد من قدرة المشاركين في البرنامج الحالي على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة بمفردهم بدون سابق إعداد مـــن قبـــل الباحثـــة، والتي كانت تمثل تهديداً لهم من قبل.
- إكساب المشاركين في البرنامج الحالي ثقة أكبر بأنفسهم، من خـــلال تمكُنهم من مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة بـــدون خـــوف أو تردد.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية المحادثات الثنائية – فنية الإشارات الآمنة – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالحضور، والاطمئنان عليهم وتشكرهم على إلتزامهم بموعد الجلسة، وتتسلم منهم الواجب المنزلي وتراجعه معهم، وتُعلِم الحضور بأنهم قد أصبحوا على ما يرام وأنه المطلوب منهم اليوم أن يتصرفوا بمنتهى التلقائية بدون خوف أو توتر، وما عليهم سوى الانطلاق مع الباحثة بمنتهى الحرية والتلقائية في رحلة أو يوم ترفيهي سيقضونه معها، يبدأ اليوم بالخروج إلى أحد الأماكن العامة ثم تَنَاوُل طعام الغداء، وأخيراً ينتهي بالتسوق في أحد المولات، حيث تقوم الباحثة بشراء هدية رمزية لكل فرد منهم كنوع من الإثابة على أدائهم المتميز خلال جلسات العلاج. وفي نهاية الجلسة تشكرهم على أدائهم الرائع والمتوقع منهم ثم تكلّفهم بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

احضر ورقة وأكتب عليها إسمك ثم أكتب فيها وصفاً كاملاً لجلسة اليوم من حيث هدفها والفائدة التي عادت إليك منها؟ وما الذي تمنيته منها ولم يحدث، وما هي توقعاتك السلبية عنها التي لم تحدث؟ وأخيراً قدم حلولاً مقترحة لزيادة فاعلية هذه الجلسة؟

المحور الثالث : جلسات الإنهاء والمتابعة.

الجلسة الرابعة والعشرون: جماعية . مدتها (٤٥دقيقة)

عنوان الجلسة: الجلسة الختامية.

هدف الجلسة:

- مراجعة ما تم التدرب عليه في الجلسات السابقة، وإجــراء التطبيــق البعدي لتقييم فاعلية البرنامج العلاجي المُعدّ.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار- المحادثات الثنائية – التعزيز.

محتوى الجلسة:

تقوم الباحثة في هذه الجلسة بمراجعة ما تم في الجلسات السابقة (مناقــشة جماعية)، وتشكر المشاركين في البرنامج وتعدهم باستمرار التواصل معهــم، وتطلب من كل منهم أن يقدم تقريراً شفهياً وجهاً لوجه مــع زملائــه ومــع الباحثة (الديالوج)، وتحثهم على التمسك بالتدريبات السابق التدرب عليهــا؛ لكي تمكنهم من التغلب على الخوف الذي بداخلهم. وفــي النهايــة، تخبــرهم بانتهاء الجلسات وتحدد معهم موعداً لجلسة واحدة أخرى بعد شهرين، لمتابعة استمرارية ما تعلموه، ثم تقوم الباحثة بإجراء التطبيق البعدي.

الجلسة الخامسة والعشرون: جماعية . مدتها (٤٥دقيقة)

عنوان الجلسة: جلسة المتابعة.

هدف الجلسة:

- معرفة مدى استمرارية ما تعلمه المشاركون في البرنامج، وما تدربوا عليه في الجلسات السابقة، وذلك من خلال إجراء تطبيــق مــا بعــد المتابعة بعد مضي شهرين.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار- التعزيز.

محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالمشاركين، وتطمئن على أحوالهم، ثم تقوم بتطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية(إعداد الباحثة)، وذلك على طلاب المجموعة التجريبية وطلاب المجموعة الضابطة، وتواصل الباحثة حثهم على الاستمرار في التفاعل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، واستمرار التدرب على التدريبات السابقة؛ من أجل التمكن من مواجهة تلك المواقف، ثم تحييهم وتطلب منهم مداومة التواصل.

ثالثاً: الخطوات الإجرائية للدراسة:

قامت الباحثة بإجراء الخطوات التالية لتحديد أفراد عينة الدراسة:

١- قامت الباحثة بعمل استقصاء لمعظم طلاب المرحلة الجامعية بمختلف المراحل، في محاولة للوصول إلى الطلاب الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية، حيث قامت الباحثة بتطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية (إعداد الباحثة) بشكل عشوائي على "١٩١" طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية ببنها الفرقة الثالثة(*)، وبيانها كما يلي : "١٣٠" طالباً وطالبة من طلاب الفرقة الثالثة من كلية التربية شعبة التربية الفنية، و"٢٧" طالباً وطالبة من طلاب الفرقة الثالثة شعبة تكنولوجيا التعليم، "٣٤" طالباً وطالبة من طلاب الفرقة الثالثة من الشعب العلمية (شعبة الطبيعة وعددهم "٧" طالباً وطالبة، وشعبة الكمياء وعددهم "٦" طالباً وطالبة، وشعبة البيولوجي "٦" طالباً وطالبة، وشعبة الرياضيات"١٥" طالباً وطالبة).

(*) أود ألمح أن مبرري في اختيار الفرقة الثالثة من طلاب كلية التربية بالتحديد، إلى أنها السنة الدراسية التي يُكلف فيها الطلاب بالتربية العملية، فيتطلب منهم مواجهة مواقف اجتماعية تفاعلية جديدة، كما يكونوا أكثر تعرضاً للمواقف الأدائية التي قد تُظهر ما لديهم من مخاوف اجتماعية.

٢- قامت الباحثة باستخلاص الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات في الثُماني الأعلى، وكان عددهم "٢٣" طالباً وطالبة.

٣- قامت الباحثة بعمل مقابلة شخصية لهؤلاء الطلاب الذين تم التوصل إليهم، وذلك بغرض التحقق من صدقهم، وذلك من خلال الملاحظة الاكلينيكية.

٤- وضعت الباحثة مجموعة من الشروط والمعايير، بناءً على ما أوضحته الدراسات السابقة والإطار النظري أثناء اختيارها لعينة الدراسة، ومن هذه الشروط ما يلي:

❖أن يكون خوف الطالب(الحالة) مميزاً بعلامة محددة، وأن يكون مستمر من أحد أو معظم المواقف الاجتماعية أو الأدائية.

❖لابد أن يُدرك أن خوفه فائق الحد، وغير مُبرّر، وأن يكون لديه رغبة قوية وحقيقية للعلاج.

❖أن يُدرك ـــأن خوفه يُعدّ معوقاً له أمام ممارسة حياته اليومية بشكلِ طبيعي، مما يؤثر على فاعليته وكفاءته الاجتماعية والوظيفية.

❖أن يعاني من هذا الاضطراب لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

❖خلو الطالب(الحالة) من أي أمراض نفسية أخرى، بمعنى أن لا يفسر هذا الاضطراب عن طريق إرجاعه إلى التأثيرات الفسيولوجية الأخرى (كاضطراب الشره العصبي، أو فقدان الشهية العصبي).

❖عدم وجود أي إعاقات بدنية، أومشاكل في النمو الحركي، أو مشاكل النمو اللغوي، أو مشاكل في السمع.

❖ألا يكون هناك تناول لأي علاج طبي قد يؤثر على فاعلية البرنامج العلاجي المُعدّ.

٥- تم استبعاد "٩" طلاب ممن يعانون من الفوبيا الاجتماعية لعدم انطباق الشروط السابق ذكرها عليهم، لتصبح عينة الدراسة "١٤" طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية ببنها ("١٠" طالباً وطالبة("٦" إناث،"٤ "ذكور) من طلاب من الفرقة الثالثة شعبة التربية الفنية، و" ٣" طالباً وطالبة("٢"

إناث، "١" ذكور) من **طلاب من الفرقة الثالثة شعبة تكنولوجيا التعليم، و"١" طالب من الفرقة الثالثة شعبة الرياضيات)، وتراوحت أعمارهم من (٢٠-٢١) عاماً.**

٦- قامت الباحثة بتوزيع عينة الدراسة على مجموعتين تجريبية وضابطة، قوام كل منهما "٧" طالباً وطالبة، وبيانها كما يلي:

- تكونت المجموعة التجريبية من: "٤" إناث، "٣" ذكور.
- تكونت المجموعة الضابطة من: "٤" إناث، "٣" ذكور. وقد راعت الباحثة أن يكون التوزيع فرداً لفرد.

٧- وراعت الباحثة التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث السن قبل تطبيق البرنامج، وبيان ذلك على النحو التالي:

جدول"١١"

البيانات الأساسية للمجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة للسن

المجموعة / البيان	التجريبية	الضابطة
العدد (ن)	٧	٧
متوسط الدرجات (م)	٢٠،٤	٢٠،٨
الانحراف المعياري (ع)	٠،٦٦	٠،٧٤
التباين ($ع^2$)	٠،٤٤	٠،٥٦

وفيما يلي نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة فى السن قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

جدول "١٢"

نتائج تحليل التباين البسيط بين المجموعتين التجريبية والضابطة في السن

التباين / مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة "ف" التجريبية	قيمة "ف" الجدولية عند مستوى ٠،٠٥	قيمة "ف" الجدولية عند مستوى ٠،٠١	دلالة "ف" التجريبية
بين المجموعات	٠،٠٤	١	٠،٠٤	١،٤٥	٤،٧٥	٩،٣٣	غير دالة إحصائياً
داخل المجموعات	٧	١٢	٠،٥٨				

ويتضح من جدول "١٢" أن النسبة الفائية لتباين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في السن، غير دالة إحصائياً، مما يؤكد تجانس المجموعتين من حيث السن قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

٨- تم عمل تجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث درجاتهم على مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

جدول "١٣"

البيانات الأساسية للمجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة لدرجاتهم على مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين

المجموعة / البيان	التجريبية	الضابطة
العدد (ن)	٧	٧
متوسط الدرجات (م)	١١٩،٤	١١٩،٦
الانحراف المعياري (ع)	٠،٧٤	١،٥٦
التباين ($ع^٢$)	٠،٥٦	٢،٤٤

وفيما يلي نتائج تحليل التباين البسيط لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة، على مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين، قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

جدول "١٤"

تحليل التباين البسيط لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة، فى الذكاء

<table>
<tr><th rowspan="2">التباين / مصدر التباين</th><th rowspan="2">مجموع المربعات</th><th rowspan="2">درجات الحرية</th><th rowspan="2">التباين</th><th rowspan="2">قيمة "ف" التجريبية</th><th colspan="2">قيمة "ف" الجدولية عند مستوى</th><th rowspan="2">دلالة "ف" التجريبية</th></tr>
<tr><th>٠,٠٥</th><th>٠,٠١</th></tr>
<tr><td>بين المجموعات</td><td>٠,٦٥</td><td>١</td><td>٠,٦٥</td><td rowspan="2">٣،١٢٥</td><td rowspan="2">٤،٧٥</td><td rowspan="2">٩،٣٣</td><td rowspan="2">غير دالة إحصائياً</td></tr>
<tr><td>داخل المجموعات</td><td>٢١</td><td>١٢</td><td>١،٧٥</td></tr>
</table>

ويتضح من جدول "١٤" أن النسبة الفائية لتباين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى الذكاء، غير دالة إحصائياً، مما يؤكد تجانس المجموعتين من حيث الذكاء، قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

٩- كما قامت الباحثة أيضاً بعمل التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث درجة الفوبيا الاجتماعية على مقياس الفوبيا الاجتماعية (إعداد الباحثة)، قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

جدول "١٥"

البيانات الأساسية للمجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة لدرجاتهم في الفوبيا الاجتماعية قبل تطبيق البرنامج

المجموعة / البيان	التجريبية	الضابطة
العدد (ن)	٧	٧
متوسط الدرجات (م)	١١٨	١١٨،٦
الانحراف المعياري (ع)	٠،٨٩	٠،٤٨
التباين ($ع^٢$)	٠،٨	٠،٢٤

وفيما يلي نتائج تحليل التباين البسيط لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الفوبيا الاجتماعية على مقياس الفوبيــا الاجتماعيــة (إعــداد الباحثة)، قبل تطبيق البرنامج العلاجي

جدول "١٦"

نتائج تحليل التباين البسيط لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الفوبيا الاجتماعية، قبل تطبيق البرنامج

التباين / مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة "ف" التجريبية	قيمة "ف" الجدولية عند مستوى		دلالة "ف" التجريبية
					٠,٠٥	٠,٠١	
بين المجموعات	١،٢٦	١	١،٢٦	٢،١	٤،٧٥	٩،٣٣	غير دالة إحصائياً
داخل المجموعات	٧،٢٨	١٢	٠،٦				

ويتضح من جدول "١٦" أن النــسبة الفائيــة لتبــاين المجمــوعتين التجريبية والضابطة في درجة الفوبيا الاجتماعية غير دالة إحــصائياً، ممــا يؤكد تجانس المجموعتين من حيث درجاتهم على مقياس الفوبيا الاجتماعيــة، قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

١٠- تم تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد العينة التجريبية.

١١- وتم إعادة تطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعية (إعداد الباحثة) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة (التطبيــق البعــدي) علــى المجمــوعتين التجريبية والضابطة.

١٢- وبعد مضى شهرين تم إعادة تطبيق مقياس الفوبيا الاجتماعيــة، علــى أفراد المجموعة التجريبية (كمتابعة)، وذلك للتأكد من مدى اســتمرار

فاعلية البرنامج العلاجي في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينـــة الدراسة.

١٣- وتم استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة للوصول إلى نتائج الدراسة.

١٤- وفسرت نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري، والدراسات السابقة.

رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

١- تحليل التباين البسيط لمجمـــوعتين، بهـــدف التحقـــق مـــن تجـــانس المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج الدراسة.

٢- اختبار مان ويتنى **Man-Whiteny test** للعينتين المستقلتين.

٣- اختبار ويلكوكـــسون **Wilcoxon signed rants test** للعينتـــين المرتبطين وذلك باستخدام برنامج **SPSS**.

نتائج الدراسة ومناقشتها

تتناول الباحثة فى هذا الفصل عرض لنتائج الدراسة ومناقشتها، وتبدأ الباحثة بعرض المعالجات الإحصائية المتبعة فى التوصل إلى نتائج الدراسة، والتى تمثلت فى اختبار مان ويتني Mann–Whitney Test للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات رتب درجات مجموعتى عينة الدراسة **(**المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة**)** للعينتين المستقلتين، واختبار ويلكوكسون Wilcoxon test للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج، وقياس ما بعد فترة المتابعة للعينتين المرتبطتين.

وبعد استعراض النتائج الإحصائية التى تم التوصل إليها، تقوم الباحثة بمناقشة هذه النتائج فى ضوء الإطار النظرى والدراسات والبحوث السابقة التى تم عرضها، وفى ضوء ما لمسته الباحثة من تغيرات علاجية كيفية لدى أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج وبعد المتابعة، ثم تنهى الباحثة هذا الفصل بعرض بعض التوصيات والبحوث المقترحة.

أولاً: نتائج الدراسة:

(١) نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول للدراسة على :

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بمقارنة رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج،

وذلك على مقياس الفوبيا الاجتماعية باستخدام اختبار مان ويتنـــى – Mann Whitney test للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين.

ويلخص الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج:

جدول "١٧"

بيان بدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة فى مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج

النوع	العدد (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "z"	مستوى الدلالة
تجريبية	٧	٤٣،١٤	١،٢٤٤	١١	٧٧	– ٣،١٣١	دالة عند مستوى ٠،٠١
ضابطة	٧	١١٨،٢٨	١،٥٥٣	٤	٢٨		

ويتضح من جدول"١٧" وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى "٠,٠١" بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبيـــة ورتـــب درجـــات المجموعة الضابطة، على الدرجة الكلية فى مقياس الفوبيا الاجتماعيـــة بعـــد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية، مما يـــشير إلـــى تحقـــق الفرض الأول من فروض الدراسة.

٢- *نتيجة الفرض الثاني:*

ينص الفرض الثاني للدراسة على :

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلى والقياس البعدى للمجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعيـــة، لصالح القياس البعدي".

وللكشف عن دلالة واتجاه الفروق بـــين متوســـطى رتـــب درجـــات القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعيـــة

ببعديه، استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون Wilcoxon، ويلخص الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج:

جدول "١٨"

بيان نتائج حساب قيمة "Z" لمتوسطى رتب درجات القياس القبلى والقياس البعدي للمجموعة التجريبية فى مقياس الفوبيا الاجتماعية

القياس	نوع القياس	المتوسط	توزيع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية على مقياس الفوبيا الاجتماعية	القبلى	١١٨،٥٧	السالبة	٤	٢٨	– ٢،٣٦٨	دالة عند مستوى ٠،٠٢
	البعدي	43,14	الموجبة	صفر	صفر		

ويتضح من جدول"١٨" وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى "٠،٠٢" بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلى والبعدي للمجموعة التجريبية، على مقياس الفوبيا الاجتماعي، وذلك فى اتجاه القياس البعدي. وذلك لأن قيمة" Z " المحسوبة أقل من قيمة "Z" الجدولية والتي تساوي "٠،٠٠" عند مستوى ٠،٠٢"؛ مما يؤكد على وجود فروق بين القياسين لصالح القياس البعدي.

٣- *نتيجة الفرض الثالث:*

ينص الفرض الثالث للدراسة على :

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياس البعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم اســتخدام اختبــار ويلكوكــسون Wilcoxon وتلخص الباحثة فى الجدول التالي ما توصلت إليه من نتائج.

جدول "١٩"

بيان نتائج حساب قيمة "Z" لمتوسطى رتب درجات القياسين البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية على مقياس الفوبيا الاجتماعية.

القياس	نوع القياس	المتوسط	توزيع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس الفوبيا الاجتماعية	البعدي	٤٣،١٤	السالبة	صفر	صفر	٢،٧٣	غير دالة
	المتابعة	٤٥،٥٧	الموجبة	٢،٤٣	٢٨		

ويتضح من جدول "١٩" عدم وجود فروق ذات دلالــة إحــصائية بــين متوسطى درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة (مدتها شهرين) للمجموعة التجريبية، على مقياس الفوبيا الاجتماعية، مما يؤكد علــى تحقــق الفــرض الثالث من فروض الدراسة.

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة:

أيدت النتائج التى توصلت إليها الباحثة من خلال التحليل الإحصائي، فاعلية برنامج العلاج بالتعريض فى التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة.

فقد اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي من خــلال وجــود فــرق دال إحصائياً، بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فــي الفوبيا الاجتماعية، بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وذلك فى اتجاه المجموعــة التجريبية **(مما يشير إلى تحقق الفرض الأول).**

كما اتضحت فاعلية العلاج بالتعريض أيضاً من خلال وجـود فـرق دال إحصائياً بين متوسطى رتب درجات القياسين القبلى والبعدي للمجموعـة التجريبية، فى الفوبيا الاجتماعية، فى اتجاه القياس البعدي **(مما يـشير إلـى تحقق الفرض الثاني).**

بل وأكدت النتائج استمرارية فاعلية البرنامج فى التخفيف من الفوبيـا الاجتماعية لدى عينة طلاب الجامعة، إلى ما بعد فترة المتابعة؛ حيث كـشفت النتائج عن عدم وجود فرق دال إحصائياً، بـين متوسـطى رتـب درجـات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، للمجموعة التجريبية، فى الفوبيا الاجتماعية **(مما يشير إلى تحقق الفرض الثالث).**

وبناءً على ما سبق، فقد أَكَدت نتائج الدراسة الحالية فاعلية برنـامج العلاج بالتعريض، فى التخفيف من الفوبيا الاجتماعية، لدى عينة من طـلاب الجامعة، وذلك بأساليبه وفنياته وأشكاله المتعددة. والتـي تتفـق مـع نتـائج دراسات كل من **(Blomhoff, 2001)**، **(Haug, et al., 2003)**، **(Klinger,et al., 2005)**، **(Clark, et al., 2006)**، **(Klinger,et al.,،2006)**، **(Herbelin, 2006)**، **(Palacios et al., 2007)**، **(Tillfros, et al., 2008)**، **(Berry, et al., 2008)**، **(Inan, 2008)**، **(Brinkman, etal., 2008)**، **(Jose, et al., 2009)**، **(McCrone, et al. ,2009)**، **(Baker, et al.,2010)**، **(Pricea et al.,2011)**، **(Kircanskia, et al., 2012)**.

وقد استخدمت هذه الدراسات فنيات العلاج بالتعريض التالية: فنيـة الاسترخاء، وفنية الغمر، وفنية التخيل، و فنية الكشف الانفعـالي/التعـريض المكتوب لــ بينى باكر، و فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة، وفنيـة الإشارات الآمنة، وفنية الضبط المعرفـي للـذات بنموذجيـه، وفنيـة إدارة الضغط، وفنية إدارة الوقت، وفنية الأحاديث الذاتية، وفنية لعب الدور، وفنية النمذجة، وفنية التعزيز، وهذه الفنيات قد استخدمتها الباحثـة أثنـاء تطبيـق

جلسات البرنامج العلاجي الحالي، مما أعطى ثراءً وفاعلية له الــذى اتــضح من خلال تخفيفه لأعراض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعــة. وبالرغم من تعدد فنياته والأطر النظرية التي تستند إليها تِلك الفنيــات، إلا أن النتيجة بل والغاية واحدة، وهي التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة من المواجهة المتكررة للمواقف الاجتماعية المرهوبة ، بدلاً من تجنبها.

وتُرجَع الباحثة فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيــف مــن الفوبيــا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة، إلى تمكنه من تعديل فــي ســلوك الطالب غير المرغوب فيه؛ المتمثل في تجنبــه لمعظــم أو كــل المواقــف الاجتماعية التي تنطوي على دلالة معينة بالنسبة له، وذلك إبان التعريــضات المتكررة للمواقف الاجتماعية المرهوبة – التي لا تُعدّ مخيفــة بطبيعتهــا – سواء كان هذا التعريض (تعريضاً تخيلياً، أو تعريضاً لواقع افتراضي غيــر الغمري، أو تعريضاً واقعياً).

فكان من أهم العوامل التي أسهمت في فاعليــة البرنــامج العلاجــي المُعدّ، استناده إلى التنوع في أساليب وفنيات وأشكال العلاج بالتعريض. فقــد تمكنت الباحثة من خلال جلسات التعريض التخيلي، التَعــرّف علــى بعــض مواطن الرهبة المرتبطة ببعض المواقف الاجتماعية لدى الطالــب، أو التــي تنطوي على دلالة معنية، من خلال جلسات التعريض التخيلي فــي محاولــةٍ منها للوصول أو التعرف على سبب أو لُبّ الخوف لديه، الــذي تمثــل فــي شعوره العميق بالدونية، وضعف الثقة بالذات، وانخفاض مستوى التوكيديــة، وما يترتب عليه من شعورهم بالعجز عن المواجهة، ممــا يعمــد بــه إلــى الهروب منها، وإنَّ اضطر إلى المواجهة لا يتفاعل مع المحيطين به، فكانوا دائماً ما يقولوا" **ماما بتقولي خاليك كدة ذي الكرســي اللــي إنــت قاعــدة**

عليه...." أو غيرهم من المحيطين بهم فليست الأم هي القـضية فـي هـذا الدراسة، أو "**إنت مالك عامل كدة ليه....**" ، أو " **دا ما بيحبش يكلم حد.....**" بشكلٍ يغمره بالحزن والأسى، واحساس قوي بعدم القدرة على مواجهة هـذه المواقف لارتباطها بخبرةٍ شرطية أليمة له، تتضمن بداخلها تقييماً سـالباً، أو سخرية من قبل المحيطين به؛ فيُعمَّم هذه الخبرة على المواقـف الاجتماعيـة المشابهة، والتي ما يلبث وأن يهرب منها لتجنب الألم النفسي الذي ينشأ عنها عند مواجهته لها، مستخدمةً الباحثة في ذلك فنيات متميزة للعلاج بـالتعريض [*] الذي أكد الإطار النظري والدراسات السابقة على فاعليتها.

فقد برهن **كرساناإسكيا وآخرون (Kircanskia, etal, 2012 ,750)** فاعلية التنوع في أساليب وفنيات العلاج بالتعريض، مقارنة بالاعتماد فقط على النماذج التقليدية له فى كَفّ استجابة الخوف لدى الأفراد، ولكن هذا لايعني عدم فاعليتها ولكن استخدامها بمفردها لا يعني بالضرورة حدوث التحسن العلاجي المطلوب، فقد أكد على فاعلية التنوع في العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطرابات القلق والفوبيات النوعية، وفقاً لوجهات النظر المفسرة لفاعليته.

ثم تأتي المرحلة الثانية من مراحل البرنامج المُعدّ، والتي تمثلت في تعريض الطلاب للواقع الافتراضي غير الغمري، الذي أُعِدّ بشكلٍ جذاب يجذب انتباههم للتفاعل معه، حيث تميز بالواقعية في تجسيده لمواقف التفاعل الاجتماعي، وفي حداثة فكرته التي تُجسد نموذجاً حقيقياً للتفاعل بين الطالب والكمبيوتر، والذي يُعدّ أحد طرق العلاج الحديثة التي تعتمد على استخدام التكنولوجيا في العلاج. فقد سجل الطلاب انبهارهم بالفكرة، واندهاشهم لشدة ارتباط المواقف بهم، واستحسانهم لهذه الطريقة في التعريض، فقد صدر منهم

([*]) تشير الباحثة إلى أنها ستتناولها بشكلٍ من التفصيل في الصفحات التالية من هذا الفصل.

بعض العبارات الدالة على ذلك مثل(**يااااااه هو إنت كُنتِ معانا...**)، أو(**مين اللي قاللك...**)، أو (**يااااااه دي فكرة جديدة خالص...**)، أو (**كدة أحسن...**) وغيرها.

فقد عمدت هذه المرحلة من العلاج إلى مساعدة الطلاب على تجسيد ونمذجة ذاتهم من خلال التفاعل مع الكمبيوتر، الذي تمثل في إمكانية تحكمهم في استرسال قصة الموقف الافتراضي من خلال استخدام الفأرة أو لوحة المفاتيح، فمواقف الافتراضية المُعدّة هي مواقف مُنَمذجة حياتية ولكن بصِبغة تفاعليةٍ تحكمية، حيث تتيح الفرصة للطلاب في إمكانية اختيار الموقف، أو اختيار المكان، أو اختيار من يرافقه فيه، أو الاستمرار فيه أو الخروج منه وذلك يكون حسب الاختيارات المُدرجة تحت كل موقف كما تتيح له فرصة إعادة الموقف إن أرادوا ذلك، بدون الرجوع إلى الباحثة بشكلٍ يسمح لهم التعود على تلك المواقف، بالقدر الذي يسمح بكَفّ استجابة الخوف التي تنتج إبان التعريضات المتكررة لديهم، على أن يسجلوا ملاحظاتهم في تقرير فردي على أن يتم تسليمه للباحثة في نهاية الموقف.

وتعتبر الباحثة البرنامج المُعدّ القائم على التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري بمثابة شكل من أشكال التعريض التخيلي، حيث طُلِب من الطلاب التركيز في المشاهد الافتراضية لمحاولة التعايش بداخلها، وإنَّ لم يكن بنفس درجة التعايش، أو الإحساس بالوجود، أو بالتضمين التي قد يشعروا بها لو صُمِمت هذه المواقف على أن تكون غمرية[*]– أي التي يغمر فيها الطلاب غمراً كاملاً في المواقف الاجتماعية المرهوبة– ولكنه اقترب بشكلٍ أو بآخر من الغرض الذي كانت تَنشُده الباحثة، والذي يتفق مع دراسة(**Pricea, et al., 2011**)، التي أكدت على فاعلية العلاج بالتعريض للواقع

(*) في حدود الإمكانيات المتاحة للباحثة.

الافتراضي غير الغمري ذو الطبيعة الخلابة في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى الأفراد.

وأخيراً، تأتي المرحلة الثالثة من مراحل العلاج بالتعريض؛ التي تُعدّ بمثابة التطبيق العملي لكل المواقف المُعدّة المُتَمِثلة في: المشاهد المُتَخيلة، أو المواقف الافتراضية السابق التعرض لها في المرحلتين السابقتين، ولكن على مواقف اجتماعية حقيقية مماثلة للبيئة الواقعية للطلاب، وقد استُخدِم في جميع المراحل السابقة التعريض الفردي والجماعي حسب احتياج كل موقف على حدة، مما ساعد الباحثة على التأكد من فاعلية التعريض تلك المرحلتين، وتارة أخرى مكنتها من تدريب الطلاب على كيفية المواجهة الفعلية لمواقف التفاعل الاجتماعي، التي كانت تُعدّ مرهوبة بالنسبة لهم، بشكلٍ يمكنهم من التفاعل مع المواقف الاجتماعية المختلفة.

كما تعزو الباحثة أيضاً فاعلية البرنامج العلاجي المُعدّ، إلى تمايز فنياته فيما بينها، بشكلٍ يعكس الأُطُر النظرية التي تستند إلى ميكانيزمات (آليات) الفَعل المفسرة لفاعليته. فمن هذه الفنيات من يعكس وِجَهة نظر مُنظروا السلوكية التشريطية الإجرائية، ونظرية العاملين، ونظرية التعلم الاجتماعي في تفسيرها لفاعلية العلاج بالتعريض، التي تُركِز على الأعراض المباشرة للاضطراب وتعديل السلوك بدلاً من التركيز على الدوافع اللاشعورية.

فقد عَمَدت الباحثة في البرنامج العلاجي الحالي إلى كَفّ الاستجابة الشرطية (الخوف) لدى الطلاب عينة الدراسة، عن طريق تعريضهم المتكرر للمواقف الاجتماعية المرهوبة بدلاً من تجنبها – أي في غياب المثير غير الشرطي المتمثل في سلوك التجنب– من أجل فك الارتباط الشرطي الخاطئ بين مثير الخوف واستجابته؛ ففاعلية العلاج بالتعريض في خفضه من الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب إنما تَكمُن في قدرته على فك الارتباط الشرطي

الخاطئ كنتيجة حتمية للتقديم المتكرر للمثير الشرطي، في غياب المثير غير الشرطي. وهذا يتفق مع وجهة نظر المدرسة السلوكية والذي أكده كل من: **(Wolpe, 1990:63)**، **(Rorthboum & Davis, 2003: 13)**، **(Clark, et al. , 2006:1060)**

ومن أهم الفنيات هذه الوِجَهة النظرية التي استندت إليها الباحثة في إحداث التحسن العلاجي في جميع مراحل البرنامج المُعدّ فنية الاسترخاء، والتحصين التدريجي، ولعب الدور، والنمذجة، والتعزيز، فقد لاحظت أن استجابة الخوف تَضعف وتقل عندما طُلَب من الطالب تَخَيُّل مشهد مُدّرج عن بعض المواقف الاجتماعية المرهوبة بالنسبة له، على أن يقابلها باستجابة مُعادّية لها المتمثلة في الاسترخاء، مما يجعل من ميكانيزم الكفّ بالنقيض ميكانيزماً فاعلاً في العلاج بالتعريض، والذي وُصِفَ على أن استجابة الخوف تَقّل وتَضعف عند مواجهة المثيرات الاجتماعية المرهوبة؛ عندما يتعلم الطالب بعض الاستجابات المُعادية لها.

كما تُعدّ فنية لعب الدور والنمذجة والتعزيز من أهم فنيات المدرسة السلوكية التي أسهمت بشكلٍ واضح، في إكساب الخبرات الأليمة المرتبطة ببعض الاجتماعية المرهوبة للطالب تناقصاً تدريجياً، إلى أن استطاع التغلب على خوفه والتخلص من تجنبه لها، وذلك إبان التعريضات المتكررة لتلك المواقف المُجَسدة، وذلك بإنماء سلوكيات بديلة مرغوب فيها لديه، فمن خلال ملاحظة الطالب لسلوك معين، أو تجسيده له، يشجعه على تُعلُم معلومات وسلوكيات جديدة عن الموقف، بالشكل الذي يسمح له بالتفاعل معه عند التعرض لمواقف مشابهة. فقد عمدت الباحثة إلى عمل بعض السيناريوهات التي تعكس مواقف اجتماعية حياتية، ثم تَطلُب من الطالب تقلد دوراً مغايراً لطبيعته في هذا الموقف، مما يساعده على التفاعل معه والانخراط فيه بدلاً من تجنبه. وتشير الباحثة إلى الدور الذي لعبه التعزيز في تدعيم سلوك

الطالب الاجتماعي المُتَعلم المرغوب فيه، وهذا ما اتفق مع ريتشارد وآخرون **(Richard, et al., 2006:11)**.

كما تُرجِع الباحثة أيضاً فاعلية البرنامج العلاجي المُعدّ في قدرته على إحداث "التَعوُد" – باعتباره أحد ميكانيزمات الفعل الفسيولوجية في العلاج بالتعريض – الذي يُعدّ نتاج للتغير الحادث في بِنية الخوف الخاصة بالطالب، والذي يحدث إبان التعريضات المتكررة للمثيرات المرهوبة، والتي تحتوي على المعارف والمعلومات والسلوكيات المتعلقة بالمواقف الاجتماعية المرهوبة، الذي عمد إلى تعديلها بإكساب الطالب معلومات صحيحة عن طبيعة وحجم الموقف المرهوب بدون تهويل أو تكبير للنتائج الكارثية المترتبة على مواجهته لها، وهذا ما أكده كل من:

(Foa & Kozak, 1986: 23) ، **(Rachman, 1980 :52)**.

فقد قامت الباحثة في البرنامج العلاجي المُعدّ بتنشيط بنّية الخوف الخاصة بكل الطالب من أجل إحداث التَعوُد، باستخدام بعض الفنيات، ومنها: فنية الكشف الانفعالي/التعريض المكتوب والتي استخدمها **بيني باكر Pennebaker** (١٩٩٠) بهدف إحداث تعديل في البنّية المعرفية للخوف الخاص بالطالب، والمرتبطة ببعض المواقف الاجتماعية المرهوبة بالنسبة له، بالشكل الذي يتثنى عنه تعوده أو ألفته على تلك المواقف.

حيث وَجَهت الباحثة الطالب إلى تذكر موقف اجتماعي مؤلم أو صادم مر به، مع كتابة كل الأفكار المؤلمة، والمشاعر المستهجنة التي تثير الحــزن لديه بما تحمله من ذكريات أليمة لا يرغب في تذكرها، وذلك في جلسة مدتها "١٥" دقيقة خلال جلسات التعريض التخيلي. وقد أسهمت بشكلٍ ملحوظ فــي تعويد الطالب على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة، وذلك من خــلال الكتابة المتكررة عنها.

فتمكنت تلك المواجهة من كَفّ استجابة الخوف غير المرغــوب فيهــا المتمثلة في تجنبه لتلك المواقف كنتيجة حتمية لاعتياده عليها؛ بما تسمح بــه هذه الفنية من التَفجّر الداخلي، الذي يُطلِق أكبر قدر ممكن من الطاقة المُخزنة بداخل ذاكرة الطالب عند كتابته لتلك المواقف، التي خُزِنت نتيجــة خبــرات الألم المتكررة الناجمة الفشل في مواقف التفاعل الاجتماعي أو الأدائي، ومنها توقع بعض الأفكار السيئة كالمبالغة في توقــع التقيــيم الــسالب مــن قبــل الآخرين، والإجترارات التي تتم بعد الموقف؛ بــشكل يــسمح لــه بــالتنفيس الانفعالي بالقدر الذي يعمل على انطفاء الاستجابة غيــر المرغــوب فيهــا، وبتكرار كتابة هذه المواقف، يألفَها الطالب ويعتاد عليها؛ ومــن ثــم يحــدث التحسن العلاجي،وهذا ما اتفق مع كل من:

(Pennebaker, 1997: 163)، (Solan & Marx, 2004: 171)، (Hoodin & Gillis, 2006:290 – 291).

ومن أهم العوامل التي أسهمت في نجاح البرنامج العلاجي الحالي، استخدام الباحثة فنية الإشارات الآمنة والتي تُعدّ هي الآخرى إحدى فنيات التّعوُد، والتي استُخدُمت كمُحَفَّز يُحفَّز الطالب على التخلص من خوفه الزائد وغير المنطقي من مواقف التفاعل الاجتماعي والأدائي، فقد عَمَدت الإشارة الآمنة المُستَخدمة في البرنامج العلاجي الحالي إلى إحداث تَغُير معرفي تكيفي لدى الطلاب الذين يعانون من الفوبيا الاجتماعية، فقد ساعدتهم على أن يتعودوا أو يعتادوا على وجودهم بمفردهم في مثل تِلك المواقف.

وكانت أبرز الإشارات الآمنة المُستَعان بها اصطحاب الطالب لأحد الوالدين، أو الأصدقاء، أو ما مكان مألوف بالنسبة له، أو الباحثة ذَاتُها وذلك في جلسات التعريض للواقع الافتراضي والتعريض الواقعي، المستندة إلى نظرية الإشارات الآمنة لــ **ريتشمان Rachman** **(١٩٨٣)** الذي أعزى

التحسن العلاجي الحادث إلى الدور الذي تلعبه الإشارات الآمنة في المزواجة بين القاعدة الأساسية للسلوك الآمن، مع القاعدة الأساسية للمثير المرهوب؛ حيث تعمل الإشارة الآمنة هنا "كحافز" يُسَهل ويُحَفز ويُدعَّم الطالب على التخلص من خوفه، من خلال إكسابه بعض المعلومات الجديدة عن الموقف بمساعدة الإشارة الآمنة التي يَطلُب تواجدها معه، مما يساعده على الاعتياد أو التعود على التواجد في الموقف المرهوب بمفرده، فزادت من قدرته على التحكم في ذاته عن طريق تعديل البِنّية المعرفية للخوف لديهم، واكسبته العديد من السلوكيات الاجتماعية التكيفية المرغوبة فيها، فكانت من أهم تعليقاتهم أثناء الجلسات" **لو ماكنتش موجودة معانا....**"، و "**لو ماكانش بابا وإخوتي موجوين لمشيت........** " وغيرها من العبارات الدالة على استئناسهم بمواجهة هذه المواقف، فقد أصبَحوا أكثر تقبلاً وتحملاً للآثار الناتجة عن التعريض لتلك المواقف، لاستحداثهم خبرات جديدة تكيفية. وهذا ما اتفق مع كل من:

(Rachman,1983: 569),(Powers, et al., 2004:461), (Milosevic, I, 2006: 10 -11), (Foa, et al, 2005:159) & (Barlow et al., 2000:2534).

ويُعدّ استخدام الباحثة لبعض الفنيات المعرفية كالأحاديث الذاتية والمحادثات الثنائية، من أهم العوامل التي أسهمت في زيادة فاعلية البرنامج العلاجي المُعدّ في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب؛ حيث ساعدتهم عن التخلي عن أساليبهم المعرفية الخاطئة في التفكير ودحض الأفكار اللاعقلانية السالبة المرتبطة بالمواقف الاجتماعية المرهوبة، بل واستبدالها بأفكار أخرى أكثر منطقية وعقلانية عنها.

فقد ساهم البرنامج العلاجي الحالي في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية عن طريق استناده إلى العلاقة التفاعلية بين الأفكار والانفعالات والسلوك، فقد

عَمَد إلى استبدال الأفكار اللامنطقية، والعبارات النفسية الزائفة، والتقديرات السلبية عن الذات، والتفكير المشوه، والتوقعات والتفسيرات الخاطئة لمعظم المواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الطلاب– مثل قولهم
"**أنا هابقى مدرس فاشل...**" أو " **عمري ما هاأعرف أوجههم تاني....**" أو" **كل الناس هتضحكوا على كلامي....**"– بالمعلومات والأفكار المعرفية الصحيحة عن تلك المواقف وعن ذاتهم عند التفاعل معها، مما ساعدهم على ملأ الفراغ الموجود في ذاكرتهم بتعلم جديدٍ وصحيح، وهذا ما يتفق مع **(Krijn,etal, 2007, 363) & (Forsyth, 2006, 66)**.

كما تَعزُو الباحثة فاعلية البرنامج العلاجي المُعدّ إلى استخدامها فنية الضبط المعرفى للذات ***Self control*** بنموذجيها **الأول** : ***"FEAR" technique*** لـــ **كيندال (Kendal, et al., 1992)**، **والثاني**: ***"STOP" technique*** لـــ **سلفرمان وكوليجز *Silverman & Colleagues*** *(١٩٩٦)*، وكذلك فنية إدارة الضغط، وفنية إدارة الوقت، في جلسات التعريض التخيلي والتعريض للواقع الافتراضي غير الغمري حيث عَمَدت بهذه الفنيات تنمية فعّالية الذات المُدركة لدى الطلاب عينة الدراسة؛ من خلال زيادة قدرة الطالب على التحكم بذاته بالشكل الذي يمكنه من تغيير البيئة، مما يسمح له بالمواجهة الفعلية للمواقف الاجتماعية المرهوبة الواقعية بل والتفاعل معها.

وهذا يجعل من هذه الفنيات هي الأكثر كفاءة في زيادة فعّالية الذات المُدركة لديهم، باعتبارها إحدى آليات أو ميكانيزمات الفعل في العلاج بالتعريض، استناداً إلى نظرية فعّالية الذات لـــ **منيكا وتومس (١٩٩٩)** التي تقوم على أفكار **باندورا** في نظرية فعّالية الذات، حيث ساعدت الطلاب على الشعور بالتحكم الذاتي عند مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة، ومن ثَمَ كَفّ لسلوكياتهم الفوبيوية التي يسلوكونها أثناء مواجهتهم لمواقف التفاعل الاجتماعي، ومن ثم تعميم آثار التعريض على البيئات والمواقف المختلفة،

والذي يَجُبُ بالتحسن العلاجي الحادث، وهذا ما أكده **منيكا وتومس (Thomas, Mineka,1999:759)**

فتمكن الطلاب من خلال التعريض المتكرّر للمواقف الاجتماعية المرهوبة سواء في جلسات التعريض التخيلي أو التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري، من زيادة إحساسهم بالتحكم بشكلٍ عملي في البيئة التي تنطوي على تهديد بالنسبة لهم، سواء كان هذا التهديد بتوقع الفشل في مواجهة أو التفاعل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، أو التهديد بتوقع التقييم السالب أو السخرية من جانب الآخرين لاتباطها بخبرة سابقة تعرضوا لها؛ هذا ما أدى إلى زيادة إحساسهم بالثقة والتمكن بالشكل الذي عزز ودعم فعالية الذات المدّركة لديهم، والذي يَتأَتى من خبرات النجاح عند مواجهتها في جلسات التعريض التخيلى والافتراضي تمهيداً للمواجهة الواقعية الفعلية لهذه المواقف.

وكان من أبرز الفنيات التي أسهمت في فاعلية البرنامج العلاجي الحالي، فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة، فقد أسهمت هذه الفنية إحداث تَغيُرات في خبرات الخوف المتراكمة داخل ذاكرة الطالب والمتعلقة ببعض المواقف الاجتماعية المرهوبة، ولكن بتعلم جديد، فتمكنت الباحثة باستخدام هذه الفنية من ابتعاث خبرة مخزنة ومستهجنة داخل ذاكرة الخوف لدى الطالب، فيتدفق على إثرها شلال من الإشارات العصبية، الذي يُعدّ مؤشرً لزيادة إفراز هرمون الأدرينالين من الغدة الفوق كلوية، الذي يعتبر هو المسئول عن ظهور المكونات الفسيولوجية للخوف لدى الأفراد، فبالاسترخاء (تعلم صحيح وإيجابي) المستمر تنطفئ استجابة الخوف تماماً المرتبطة بهذه المواقف، لتَمكُن فاعلية هذه الفنية في قدرتها على إحداث تَغيُر في شبكة الخوف العامة داخل الدماغ، مستندة إلى الترابط العصبي بين العين وتلك الشبكة وفقاً لــ **شابرو ونموذج تريون** الذي يستند إلى النظرية

البيولوجية في تفسيرها للفوبيا الاجتماعية **(Tryon, 2005: 81)&** **(Shapiro, 1995:13)**

ملاحظات الباحثة على التحسن الكيفي لدى الطلاب:

كان هذا عما طرأ من تَغيُر بفعل البرنامج العلاجي كما تم التعبير عنــه بشكل إحصائي، أما عن التغيرات الكيفية التى لاحظتها وسجلتها الباحثة على الطلاب عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي بشكل عملي، ففى إطــار الدراسة الحالية، تلقى الطلاب في المجموعــة التجريبيــة جلــسات للعــلاج بالتعريض للمواقف الاجتماعية التي تُعدّ مرهوبة بالنسبة لهم، بأشكاله الثلاثــة (التخيلي، والتعريض للواقع افتراضي علــى ســطح المكتــب، والتعــريض الواقعي)، مستخدمةً الباحثة في ذلك فنيــات متعــددة للعــلاج بــالتعريض؛ لتدريب الطلاب على مواجهة هذه المواقف الاجتماعية المختلفة، والتخفيــف من الألم والقلق الذي ينتابهم عند مواجهتها، وذلك من خلال عــدة جلــسات فردية وجماعية، حيث كان قد شارك كل طالب منهم فى كل أنشطة الجلــسة من أولها وحتى نهايتها، تفعيلاً للاتفاق المُبرّم بينه وبين الباحثة عــن أهميــة المشاركة الفاعّلة والنشّطة فى كل المهام المختلفة أثناء تطبيق البرنامج، مــع التأكيد عليه محاولة التطبيق العملي لهــا علــى جميــع المواقــف الحياتيــة المشابهة.

ففي المرحلة الأولى من للعلاج وهي مرحلة التعريض التخيلــى، تتدرب الطلاب على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة علــى مــستوى الخيال على مدار(٨) جلسات، زود فيها الطالب بأساليب مختلفة من أســاليب المواجهة المتمثلة في مجموعة من الفنيات الــسلوكية والمعرفيــة والفنيــات البيولوجية، من أجل الوصول إلى إحداث انطفاء وكــفّ اســتجابة الخــوف لديهم، فقد قامت الباحثة بتدريبهم على الاسترخاء باعتبــاره أحــد الأســاليب

المضادة للتوتر والقلق، والذي يُعدّ الأداة القوية، بل والميكانيزم الفاعــل فــي كفّ استجابة الخوف عن طريق الكف بالنقيض، حيث مكنت الطــلاب علــى التَخلّص من خوفهم عندما غُمِروا في بيئة خيالية تنطوي على بعض المواقف الاجتماعية ذات دلالة خاصة بالنسبة لهم؛ على أن يركَنوا إلــى الاســترخاء كلما شعروا بالقلق والتوتر، وكانت الباحثة تعزز هــذه الاســتجابة، لــضمان استمرارها وتكررها باعتبارها إحدى الاستجابات الملائمة للتخلص من القلق والتوتر.

وقد لاحظت الباحثة فاعلية استخدام فنية الكشف الانفعالي/التعــريض المكتوب لــ بينى باكر كأسلوب تكنيكي للتعريض التخيلي المكتــوب، حيــث ساعد الطالب على التعبير عما بداخله من أفكار ومشاعر والكشف عنها؛ من خلال كتابته لذكرياته المستهجنة المرتبطة ببعض المواقف الاجتماعية التــي سبق وأن تعرض لها ، والتي تنطوي على ألم أو جرح في الذات – كتعرضه للسخرية أو النقد من قبل الأخرين– حيث تلعب هذه الفنية دوراً مهمــاً فــى تغيير البِنّية المعرفية للخوف لدى الطالب بالقدر الذي يــسمح لــه بمواجهــة المواقف الاجتماعية المختلفة، بل والتفاعل معها.

فعند تطبيق هذه الفنية على الطالب **(الحالة م.ك)** في إحــدى جلــسات التعريض التخيلي حيث كتبت الحالة:" أنه فى ذات يوم من الأيــام أصــرت إحدى زميلاتي على عزومتي في أحد المطاعم على بيتزا، وأنا لم أكن أرغب في الذهاب معها ولكنها ألحت كثيراً ؛ فاضطررت للموافقة على طلبها، ولما جاب لينا الجرسون البيتزا لقيت معها شوكة وسكينة، وأنا مش بعــرف آكــل بيها، فأكلت قطعة صغيرة جداً من البيتزا وتركت الباقي، وعنــدما ســألتنى زميلتي عن سبب عدم أكلي تحججت بأن أنا شبعت، ومش قــادرة آكــل أى حاجة ثانية، لأنى كنت حاسة بأن الكل بيبص عليَّ، وكانت يدى بتترعش وأنا ماسكة الشوكة، وإن أنا كلت بأيدى الناس هتضحك علي ولا هــايقولي عنــي

إيه فاتحرجت وانكسفت قوي، ولم استطع الأكل مطلقاً مع إني كنت جعانة جداً، وفضلت طول النهار مضايقة واحلفت ما أنا رايحة في حدته تاني".

فطُلَبَ منها أن تتخيل نفسها في هذا الموقف مع استحضار كل ما تشعر به من أحاسيس وانفعالات وما يحضرها من أفكار، ثم بعد ذلك تكرر كتابة هذا الموقف ثلاث مرات، فبهذه الفنية تمكنت **الحالة(م.ك)** من مواجهة خوفها عن طريق التعريض المكتوب الذي ساعدها على التخلص منه؛ حيث سمح لها بالتفجر الداخلي للذكريات الأليمة المستهجة التي تنطوي على خبرة ألم، والمخزنة داخل ذاكرتها نتيجة الإحباطات المُتكَرّرة التي تعرضت لها عند مواجهتها المواقف الاجتماعية المرهوبة، والتي رَسخّت لديها إحساس عميق بالدونية وضعف الثقة بالذات ورغبة قهرية فى الانسحاب من مواقف الأداء الاجتماعي، لمجرد تَوقُعها للنقد أو السخرية من جانب الآخرين، كما بينت هذه الفنية الصور العقلية السالبة والمُحرّفة عن الطريقة أو الكيفية التي تظهر بها أمام الآخرين، مما يجعلها أكثر تمركزاً حول ذاتها، وأكثر ترقباً لما سيحدث معها.

ولهذا، أُعْتبِر هذا التكنيك أسلوباً جيداً في التعريض حيث يجعل الطالب يألف أو يتعود على تلك المواقف بالقدر الذي يسمح بتعديل بِنّية الخوف لديه، من خلال السماح للأفكار الدفنية المؤلمة غير المنطقية، وللمشاعر المستهجة في الظهور والوضوح بالشكل الذي يساعده على التفهم الحقيقي والحجم الطبيعي لها، بدون مبالغة أو تهويل.

وتمكن العلاج بالتعريض من زيادة قدرة الطالب على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة من خلال زيادة إحساسه بالتحكم الذاتي فيها، والذي انعكس بشكلٍ ملحوظ على اداركه لذاته وزيادة ثقته بها؛ فخفّف من شعوره بالدونية وانعدام الثقة بذاته وبالآخرين. وكان من أهم فنيات العلاج بالتعريض التي تقوم على زيادة فعّالية الذات المُدركة لدى الطالب التي حققت التحسن

العلاجي المأمول: فنية الضبط المعرفى للذات بنموذجيه **كنيدال وآخرون** "FEAR"Technique**"**، ونموذج **سلفرمان وكوليجز** **"STOP"Technique**"،حيث تمكنا هذين النموذجين من تفجير الطاقة الكامنة الموجودة بداخله والمرتبطة ببعض المواقف الاجتماعية، وذلك عندما استُثَار فى جلسات التعريض التخيلية حيث عَمَدت هاتين الفنيتين إلى التخفيف من معتقداته السالبة عن ذاته؛ عن طريق تَعلُم بعض السلوكيات الملائمة التى تمكنه من التوجّه بشكل سليم نحو حل المشكلة التى يعانى منها، والتى تمركزت حول توقعه للكوارث، والتعميم الزائد للنتائج السلبية وغير المرضية عن ذاته، وشعوره بالعجز عن مواجهة تلك المواقف، أو توجّسه خِيفَة من التعرض للتهكم أو السخرية من قبل الآخرين، سواء أكان هذا كنتيجة حتمية لخبرة سابقة ترتب عليها ضعف ثقته بقدراته، أو بعدم وجود خبرة سابقة.

وفى كلا التكنيكين السابقين، يلعب المديح أو التعزيز دوراً مُهِمًّا فى تحقق الغرض الأساسي من جلسات التعريض، المتمثل فى تدعيم الاستجابة الملائمة والاحتفاظ بها، وذلك لضمان تكرار حدوثها عند التعرض لمواقف حياتية مشابهة.

ومثال على تطبيق هذه الفنية على **الحالة(م.ك)** في إحدى جلسات التعريض التخيلي حيث ذكرت الحالة قائلةً :" كنت في يوم راجعة من الكلية فماما قابلتني وهي بابا بتقولي استعدي جايلوا ضيوف إنهاردة، واجهزي نفسك علشان قعدي معاهم وأنا طبعاً ماكنتش عايزة أقعد معاهم ، فقلت لماما أنا مبحبش الزيارات دي وبعدين أنا مش فاضية، فماما قالتلي لأ لازم تقعدي معاهم لحسن بابا هيزعل، ماشي فاضطررت لمقابلتهم وما حاولتش أتكلم لإني مش عرفه أقول إيه، ولما كانوا بيحاولوا يكلموني مش بعرف أرد عليهم فبدى على علامات الضجر والاستياء، وحاسيت إني خايفة ومتوترة جداً

لدرجة إني كنت سامعة ضربات قلبي. وبعد ما مشيوا ماما وبابا زعلوا مني جداً، وبعدها عرفت أنهم كانوا جايين لخطوبتي لإبنهم، فبابا قال لي كل سنة وإنت طيبة خلاص مش راجعين تاني، وماما قالتي خاليك كدة قاعدة زي الكرسي اللى إنت قاعدة عليه، هو إنت متتكلميش ليه، دلوقتي يقولوا إنك مش طيقاهم، حليك كدة عمرك ما تجوزي، فاكتئبت قوي لإني ماكنتش عارفة أقول إيه، بس أنا ببقى خايفة أتكلم لاأحسن كلامي ديماً مابيعجبش ماما ولا الي حواليا، مش أنا اللى مابعرفش أتكلم، أعمل إيه طيب".

فطلبت الباحثة منها الاسترخاء والهدوء ثم تخيل نفسها في هذا الموقف وتُجِيبَها عن التساؤلات الآتية : الباحثة : هل تشعري بالخوف؟.فأجابت الحالة بنعم "**F** " ، فسألتها ماذا تتوقعين؟. فأجابت: أتوقع أن المحيطين بي لا يرغبون في التحدث معي، وأنني لست قادرة على مبادأة الحديث أو حتى مجاراة التحدث أوالتفاعل معهم، أو أن بابا وماما لن يعجبهما تصرفي أوكلامي "**E**". فطلبت منها التفكير بمنتهى البساطة عن كيفية الخروج من تلك الموقف ، عن محاولة التحدث معهم والثقة بقدراتها ، وأنها ذات تستحق الاحترام، ومن الممكن لها أن تفكر في شيء سار بدلاً من التفكير في تلك الأفكار المأساوية التي لا تجلب سوى الضجر والضيق، وأن تحاول الرد بما يناسب الموقف بدون تهويل أو تكبير لحجمه، وعدم التفكير في العواقب لإن كل شيءً بيد الله سبحانه وتعالى**"A"**. وأخيراً تشكرها وتثني عليها إذا استجابت للتعليمات السابقة وتطلب منها أن تصف وجه أمها بعد تلك المقابلة ، فقالت أن أمها كانت سعيدة جداً بها وكذلك والدها**"R"** .

لذلك تُعدّ فنية الضبط المعرفي للذات بنموذجيها من أهم فنيات العلاج بالتعريض التى تلعب دوراً مُهِمًّا في رفع مستوى فعّالية الذات المُدركة، من خلال قدرتها على زيادة مستوى التوكيدية والثقة بالذات لدى الطلاب؛ من

خلال إكسابهم بعض أساليب المواجهة لمواقف التفاعل الاجتماعي المرهوبة، والتي تُمكَنهم من التحكم فى أفكارهم السالبة عن ذاتهم ، من كونِها ذات لا تستحق الاحترام، أو كونها عاجزة تماماً عن التفاعل مع تلك المواقف، والناتجة عن مجموعة من الاحباطات المترسخة في أعماقهم، بذكرياتٍ أليمة وما تحمله من ارهاسات مليئة بالذلة والانكسار والدونية، والتي ما تلبث لتطاردهم في جميع مواقف التفاعل الاجتماعي، فيزداد تمركزهم حول ذاتهم كنتيجة لتفاقم التفكير السلبي عن ذاتهم ، وشعورهم الراسخ بعدم الفعّالية في المواقف الاجتماعية التي تتطلب منهم المبادأة أو تكوين علاقات جديدة خاصةً إذا كانت مع الجنس الآخر، أو المواقف التي يتوقعوا فيها أنهم موضع ملاحظة أو تَمعّن من قبل الآخرين، وما يعقبه من حساسية زائدة للنقد أو التقييم السالب. فتمكن الطلاب من خلال البرنامج العلاجي الحالي إحراز النجاح المتوقع منهم، والتخفيف من هذه الأفكار والمشاعر عند مواجهتهم لتلك المواقف من خلال زيادة فعّالية الذات المدركة لديهم.

ومن أبرز فنيات العلاج بالتعريض التي اعتمدت على ميكانيزم فعّالية الذات المدركة باعتباره أحد آليات الفعل المسئولة عن إحداث التحسن العلاجي، والتي أسهمت بشكل كبير فى تعديل سلوك الفرد غير الملائم في جلسات التعريض التخيلي هي: فنية إدارة الضغط، وفنية إدارة الوقت، حيث استخدمت الباحثة هاتين الفنيتين لمساعدة الطالب على التغلب على خوفه عند مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة، أو الأحداث الصدمية، أو المواقف الضاغطة، من خلال الاستفادة من قدراته الذاتية المتمثلة في استعادة ثقته بذاته عن طريق تنمية روح المبادأة والرغبة في تكوين علاقات جديدة، من خلال زيادة تحكمه في البيئة المحيطة به التي تمكنه من تسخيرها لخدمة

أغراضه بالشكل الذي يرضيه عن ذاته، فيصبح فرداً أكثر نـشاطاً وفعّاليـة، متفاعلاً مع الآخرين بمنتهى الحرية وبدون توقع تَرقُب للنقد أو التقييم السالب من جانبهم، فتُنَمى لديه من خلال مواجهته لتلك المواقف فن إدارة الـضغط، والاستفادة بأقصى درجة ممكنة من الوقت المُهدّر في التردد والتفكيـر فـي مواقف التفاعل الاجتماعي والمواقف الأدائية.

ثم جاءت أهم فنيات العلاج بالتعريض ذات الطبيعـة المِيثُدولوجيـة ***"Methodology"*** أي التي تعتمد على طبيعة الحالـة ورغبتهـا الذاتيـة الداخلية في العلاج، التي كان يعتبرها العلماء هي العلاج بالتعريض ذاته(*)، والتي تستند إلى النظرية البيولوجية في تفسيرها للتحسن العلاجي، وهى فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة ***(EMDR)***؛ التي تُعـدّ أهـم فنيـات العلاج بالتعريض القائمة على "التأمل"، التي تَعمُد إلى مساعدة الطالب ذاتـه على التغلب على خوفه وتوتره؛ عن طريـق تَأمُلِـه للمواقـف الـضاغطة المرهوبة ومواجهتها بتَعلُم جديد، يُحُدِث تغييراً في وزن الرابطـة العـصبية التي تربط بينه وبين خبرات الخوف المرتبطة بتلك المواقف والمُخَزنة بداخل ذاكرته، فوفقاً للنظرية البيولوجية الذي بَنَى عليها **شابرو** آراءه المتمثلة فـي:" أن لكل فرد ذاكرة للخوف –تحتوي على الخبرات أليمة ومستهجة– وخبرات جديدة مُتَعَلمة، تتلاقى هاتان النقطتان في نقطة واحدة داخل الدماغ، فإذا نجح التعريض في فك هذه الرابطة أو على الأقل تغيير وزنهـا؛ حـدث التحـسن العلاجي المأمول".

(*) التي تعتمد على مجموعة وسائل التشريط العكـسي ذات الطبيعـة الخاصـة، وفقـاً **لشابرو(١٩٩٠).**

ومثال على تطبيق هذه فنية **(EMDR)** علـــى **الحالـــة (م.ك):** طلبــت الباحثة من الطالب النظر في الصورة التي أمامه ويعلق عليها، فقال الطالب: أنها صورة لشخص يرغب في استخراج كارنية أو شهادة التخــرج، فطلبــت الباحثة منه التركيز في هذه الصورة وتخيل نفسه مكان هذا الــشخص، مــع تتبع حركة إصبعها أمام عينه وأن يستحضر جميــع الــذكريات والأفكــار الأليمة والمستهجنة التي شعر بها في مثل هذه المواقــف، وعنــدما شــعرت الباحثة بتوقف حركة عينه سألته الأسئلة الآتية: بمــاذا تــشعر؟. الطالــب:" أشعر بأن الجميع يتعقبني بعينه، ويتملكني شعور قوي بــأنني لــن أســتطيع التحدث، وبأن الجميع سيَسخُر مني ويضحكون علي، ولدى رغبة مُلِحة فــي عدم القيام بهذا العمل أو إسناده إلى أي شخص آخر لعمله بدلاً مني". فطُلِــب منه التركيز الشديد في كل ما يَشعُر به أو يحسه، ثــم يأخــذ نفــساً عميقــاً ليسترخي.

وتُعقب الباحثة على هذه الفنية في أنها أسهمت بشكلٍ ملحوظ في كَفّ استجابة الخوف بالنقيض المتمثل في تَعلُم جديد، حيث عَمــدت إلــى تحقيــق استجابة استرخاء إجبارية للعين؛ للوصول إلى خط القاعدة والذي يمثل أدنـــى درجات الإثارة للطالب، بعد كل انطلاقة حركة من حركات العين، فعند تأكــد الباحثة من سكون حركة عينه مع الوصول إلى أعلى درجات الإثــارة عــن طريق تنشيط بنية الخوف لديه والمتمثلة في ظهور الأعراض الفــسيولوجية عليه، كنتيجة حتمية لنشاط الجهاز العصبي السمبثاوي، يُطلَب منه الاسترخاء فوراً، فوُجِد أن فنية **(EMDR)** تساعده في التقليــل مــن حجــم الإثــارة الفسيولوجية المتمثلة في معدل ضربات القلب وضغط الدم.

فمن خلال تأمل الطالب وتخيله للموقف المرهوب الــذي ينطــوي على خبرة للخوف والأسى والحزن مخزنة بداخل ذاكرته، استحضر جميــع

هذه المشاعر والأحاسيس والأفكار التي بدأت في الظهور في صورة مجموعة من الأعراض الفسيولوجية، فعندما تلاحظ الباحثة بعض هذه المكونات، تَطلُب منها بالاسترخاء (تَعلُم إيجابي صحيح) والذي يعد استجابة مناقضة لاستجابة الخوف؛ فيحدث كَفٌّ بالنقيض والذي يُعدّ المسئول عن تحصين حركات العين المرتبطة بشكل مباشر بذاكرة الخوف المتمركزة داخل المخ. وتمكنت الباحثة من خلال جلسات التعريض التخيلية من مساعدة الحالة على فك الارتباط بين خبرة الخوف الموجودة ذاكرة في الخوف وبين التَعلُم الجديد (المتمثل في استجابة الاسترخاء)، عن طريق التأمل مستنداً إلى نظرية الخلية العصبية في تفسيرها لآلية الفعل في العلاج بالتعريض.

كما تعزو الباحثة أيضاً فاعلية البرنامج العلاجي المُعدّ إلى اشتمال المرحلة الثانية منه على جلسات التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري، وهو تكنولوجيا تسمح للطالب بالتفاعل مع بيئة مماثلة بالكمبيوتر، التي تقوم على دمج وتكامل كل من رسومات الكمبيوتر الخاصة بالزمن الواقعي وأجزاء تعقب البدن، والعروض البصرية؛ لغمر الطالب غمراً جزئياً في بيئة افتراضية مصممة بواسطة الكمبيوتر، تحتوي على مجموعة من المواقف الاجتماعية التي تُعدّ مرهوبة بالنسبة له بدلاً من وضعه في بيئة واقعية أو تخيله لتلك المواقف، ثم يُطلَب منه التفاعل معها باستخدام الفأرة، فهي تُعدّ نموذجاً لتفاعل اجتماعي يُطلَب منه تنفيذه لذلك لا يشعر الطالب بالتضمين العميق في البيئة الافتراضية.

وقد لاقت جلسات العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي غير الغمري، قبولاً واستحساناً من قبل الطلاب، وأكثر إثارة لدافعيتهم لأنها تقوم على نمذجة الذات بالكمبيوتر، فجعلتهم يعيشوا مواقف اجتماعية(تشبه مواقف اجتماعية حياتية من الممكن أن يكون قد مر بها من قبل) مواجهاً بذلك خوفه

من المبادأة وتكوين علاقات جديدة، وكذلك خوفه من التقيـيم السـالب علـى مدار(٦) جلسات فردية، فقد كان يُطَلب منه أن يتفاعلوا مع هـذه المواقـف بشكلٍ فيه ايجابيةً وتفاؤل، فمن خلال محاكاته لهذا الموقف يستحـضر كـل الأفكار والمشاعر التي تُسَيطر عليه عند مواجهته له فـي الحيـاة الطبيعيـة فيسمح له بقدرٍ من التنفيس الانفعالي، بالإضافة إلى تَعلُمه سـلوكيات جديـدة مرغوب فيها .

فقد أسهمت تكنولوجيا الواقع الافتراضي غيـر الغمـري فـى جعـل الطلاب يتفاعلون مع بعض المواقف الاجتماعية المصممة على سطح مكتـب الكمبيوتر، بشكل يضاهي تفاعلاتهم الحياتية الطبيعية والتي تمكنهم من فهـم الاستجابات الانفعالية والحالة النفسية لهم.

وتُعدّ فنية الإشارات الآمنة من أهم الفنيات التي أسهمت في فاعليـة جلسات التعريض للواقع الافتراضي، والتي أسهمت بشكلٍ ملحوظ في إحداث تغير معرفي تكيفي لدى الطلاب عينة الدراسة، حيث عملت الإشارة الآمنـة هنا "كحافز" يُسَهل ويُحَفز ويُدعَّم الطالب على التخلص من خوفه، من خـلال إكسابه بعض المعلومات الجديدة عن الموقف بمساعدة الإشارة الآمنـة التـي يَطلُب تواجدها معه، مما يساعده على الاعتياد أو التعود على التواجـد فـي الموقف بمفرده. وقد استُخدِم بعض الإشـارات الآمنـة كالـصديق أو أحـد الوالدين أو الأخوة أو أي مكان مألوف بالنسبة للطالب بشكل يشعره بالأمـان والهدوء، مما يجعله يتقبل الآثار الناجمة عن التعريض؛ لاكتسابه خبرة جديدة تكيفية ملائمة لطبيعة الموقف وخصائصه.

كما أسهمت فنية الأحاديث الذاتية في مساعدة الطالب فـي استكـشاف ذاته والوعي بها، بشكل يمكنه من توجيه مسار سلوكه النابع مـن انفعالاتـه،

والتي تنطوي على نظرة سلبية لذاته، في كونها غير قادرة علـــى مواجهـــة المواقف الاجتماعية المختلفة، المترسخة في شعورٍ عميق بالدونية وضـــعف الثقة بالذات. وفقد حاولت الباحثة من خلال هذه الفنية تدريب الطلاب علـــى كيفية إقامة حوار ذاتي مع النفس، فيتمكنون من خلاله مناقشة مجموعة مـــن الأفكار حول إحساسهم المتدني بعدم الثقة بالذات، والتوقعات المنخفضة عـــن ذاتهم، والنظرة الانهزامية لها وشعورهم بعدم الكفاية والعجـــز، أو الـــشعور بالرفض الاجتماعي في معظم المواقف الاجتماعية المختلفة، وكـــذلك كيفيـــة تكوين صورة إيجابية عن الذات. وتشير الباحثة أيضاً أنها اســـتفادت بفنيـــة إدارة الوقت، ودورها الفاعل في مساعدة الطلاب على التحكم في المواقـــف عن طريق استثمار الوقت المُهدّر في التفكير قبل مواجهتهم لها.

ومثال يوضح استخدام هذه الفنيات في مواقف التعـــريض الافتراضـــية على **الحالة (م.ك):** في الموقف الافتراضـــي الخـــاص "بـــشراء حـــذاء أو كوتشي"، طلبت الباحثة من الطالب التركيز في المشهد وتُوقع نفـــسه داخلـــه، وتدعوها إلى أن يركن إلى عمل حديث ذاتي، بأن يتحدث مع نفسه عن كيفية مواجهة هذا الموقف، وما هي الأفكار السالبة التي يحمل في طياتها مـــشاعر انهزام الذات المسيطرة على ذهنه بشكلٍ يمنعه من المواجهة (في كونه فاشل اجتماعياً أو غير قادر على التفاعل مع الآخرين، أو لاحساسه العميق بالدونية وضعف الثقة بذاته كنتيجة لخبرات الأسى والحـــزن، الـــذي ترتـــب عليـــه مجموعة من الإحباطات التي تؤثر بشكل مباشر في علاقاتـــه الاجتماعيـــة)، وكيفية التغلب على هذه الأفكار باستبدالها بأفكار أخرى أكثر إيجابية وبناءة .

وقد استخدم الطالب في هذا الموقف أحد الإشارات الآمنة المتمثلـــة فـــي أحد أصدقائه، حيث دار بينه وبين الإشارة الآمنـــة والبـــائع محادثـــة ثنائيـــة

(ديالوج)، ساهمت بشكل واضح في إكسابه تعلم جديد يمكنه من التغلب على الخوف الذي يتملكه عند مواجهته لمثل هذه المواقف في الحياة الطبيعية.

ومن أهم العوامل المسهمة فى نجاح البرنامج العلاجي المُعدّ هو ارتباط مواقف التعريض فيه بمواقف حياتية واقعية، والتي تمثل المرحلة الثالثة من مراحله، والتي شملت جلستين فردية وجلسة جماعية.

ومن أهم الفنيات التى أسهمت فى فاعلية هذه المرحلة فنية لعب الدور، حيث أُتيحت الفرصة للطالب بتمثيل أدوار محددة كان يَصعُب عليه القيام بها في الحياة الطبيعية، بشكل يجعله أكثر ألفة بها واعتياداً عليها، وتُعدّ فنية لعب الدور من أكثر فنيات التدريب التوكيدي شيوعاً في العلاج بالتعريض؛ حيث سمحت للطالب بالتفاعل مع المواقف المرهوبة بالنسبة لها بأقل درجة ممكنة من التهيب، وأكثر وعياً بالحجم الحقيقي للموقف المرهوب ومن ثم يتفاعل معها بدلاً من تجنبها، فتساعده في الكشف عن دوافعه ومشاعره، وأن يصبح أقل حساسية للنقد بل وتنمي لديه مهارة النقد الذاتي؛ بشكل يسمح له بأن يعدل ويغير من سلوكياته غير الملائمة، إلى سلوكيات أخرى ملائمة أكثر تكيفية ومواءمة لسلوكيات المجتمع المرغوب فيها.

فتخلص الطالب من الفوبيا الاجتماعية ببعديها: الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة مع الآخرين، والخوف من التقييم السالب، عدما يقوم بآداء أدوارٍ بعيدة عن ذاته، كأن يقوم بدور المحاضر(موقف اجتماعي أدائي)، أو يقوم بدور أحد أصدقائه في أحد المواقف الاجتماعية، مما أتاح له فرصة التعبير عن ذاته بتلقائية وبدون قيود، والتفاعل مع الآخرين بدون رقيب، أو التوجس خيفة من التقييم أو النقد السالب من قبل الآخرين؛ عن طريق تعديل الأفكار اللامنطقية الخاطئة لديه بالدرجة التي تسمح له بتعديل سلوكه إلى السلوك المرغوب فيه، حيث مكنته من التعرف والتدريب على الطريقة المُثلى فى حل المشكلات، التى قد تواجهه فى موقف معين.

واشتملت مرحلة التعريض الواقعي على فنية النمذجة، التي أسهمت بشكل ملحوظ في إكساب الطالب سلوك معين من خلال ملاحظة شخص آخر يؤديه، فيكتسب مهارات تمكنه من مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة بالنسبة له، من خلال توضيح كيفية التعامل معها عن طريق تقليد النموذج. فقد طلبت الباحثة من الطالب ملاحظتها وهى تؤدى موقفاً معيناً، وكيف تفاعلت معه وكيف تغلبت على خوفها، وعلى أفكارها الخاطئة المتعلقة بهذا الموقف؛ وبذلك تكون قد نجحت في إكساب الطالب بعض النماذج السلوكية الملائمة في المبادأة والتفاعل مع الآخرين بطريقة سليمة، مكنته من التخلص من خوفه، وزادت من ثقته بذاته وفى الآخرين المحيطين بها، متخلصاً من حساسيته الزائدة للنقد أو التقييم السالب من قبلهم وخاصة في المواقف الاجتماعية الأدائية التي تتطلب منه أداءً معيناً.

وتشير الباحثة أيضاً إلى أنها استعانت بفنية المحادثات الثنائية والتي ساهمت بشكل ملحوظ فتبادل الرأي بين الطالب والإشارة الآمنة أو الطرف الآخر في الموقف؛ فتمكنت الباحثة من خلالها على التعرف على ما لدى الطالب من من بنية معرفية حول الموقف المتمثلة في الصور العقلية السالبة والمُحرّفة عن الطريقة التي يظهر بها أمام الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة، ومن ثم تعديلها بشكل تفاعلي يزيد من قدرته على التفاعل الاجتماعي، بأقل درجة ممكنة من توقع الفشل أو التقييم السالب من قبل المحيطين به، حيث أخذت هذه المحادثات شكل الدراما فى السيناريو المطروح فى الجلسة، وقد نُفذّ هذا السيناريو باشتراك الباحثة أو بدونه؛ بهدف مساعدة الطالب على التخلص من ميله إلى استخدام إستراتيجيات التجنب السلوكي في مواقف التفاعل الاجتماعي، مستعينةً في ذلك ببعض الإشارات الآمنة التي تدعم سلوكه وتحفزه.

كما تم تضمين البرنامج العلاجي المُعدّ لفنية التعزيز التـــى أســـهمت بشكل واضح وملحوظ فى تحقيق نتائج البرنامج، وقد جمع البرنامج العلاجي بين أسلوبين للتعزيز وهما: التعزيز الذاتي والذى يتمثل فـــى شـــعور وإدراك الطالب بالثقة بالنفس والقدرة على مواجهة المواقف، التى تنطوي على تهديـــد بالنسبة له، والأسلوب الآخر هو التعزيز الخارجي أو التغذية المرتـــدة مـــن جانب الباحثة، والتى تعمل على تَحفِيز الطالب وتدعيمه عندما ينفذ ما يُطلَـــب منها بطريقة صحيحة.

وتمت هذه الإجراءات في جو يسوده الألفة والمودة، مع سلسلة مـــن المناقشات الهادفة والهادئة، حيث كان يُطلَب من الطالب في نهاية كل جلـــسة كتابة تقارير يصف ما حدث في الجلسة، والذي كان يتم مراجعته مـــن قبـــل الباحثة في أول كل جلسة؛ للاستفادة منه في موضوع الجلـــسة التـــي تليهـــا، ولتأكد من تحقق أهداف ومبادئ وأســـس وخطـــوات العـــلاج بـــالتعريض، وليتسنى للباحثة التأكد من استمرارية قدرة الطالب على استيعاب ما دار فـــي الجلسة، وكيفية تنفيذه خارج الجلسة.

وتشير الباحثة بوجه عام إلى إسهام أسلوب الواجب المنزلـــي الـــذي استُخدم بفاعلية في نهاية كل جلسة من جلسات التعريض بمراحلـــه الثلاثـــة، حيث كان يتم تكليف كل طالب ببعض الأنشطة العقلية والانفعالية أو السلوكية عقب كل جلسة، ويتم مناقشتها معه فى الجلسة التالية؛ بهدف التعـــرف علـــى مدى إنجازه لها بشكلٍ ملائم لتعديل السلوك، على أن يـــتم تعزيـــزه بمكافـــأة تضمن نقل ما تعلمته في الجلسة إلى مواقف حياتية مشابهة.

هذا، وتُلخِص الباحثة نجاح برنامج العلاج بالتعريض فـــى التخفيـــف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة إلى عدة أسباب منها مـــا يلي:

١- مراعاة البرنامج لخصائص العينة، وبخاصة فـــى المرحلـــة العمريـــة لطلاب الجامعة، إذ تمثل مرحلة الخروج من المراهقة والتوجـــه نحـــو الرشد، ومراعاة مطالب النمو فى هذه المرحلة والتى تتمثل فى توســـيع الخبرات المعرفية والعقلية لهم، والتدريب على تحمل المسئولية، والذى تمثل فى جميع فنيات العلاج بالتعريض.

٢- مراعاة البرنامج لأسس ومبادئ العـــلاج بـــالتعريض، والحـــث علـــى المشاركة النشطة من جانب الطلاب، من خلال توضيح نقاط محددة في الجلسة يتم السعي إلى تحقيقها وإنجازها والتدريب عليها.

٣- تضمين جلسات العلاج بالتعريض لجلسات التعريض الفردي، من خلال مساعدة الطلاب على التحسن العلاجي فى إطار خـــاص بكـــل حالـــة، ووفقاً للحالة الفردية لكل طالب على حدة، بحيث يشارك كل فـــرد مـــن أفراد العينة فى القيام بالتدريب المطلوب منه، وفقاً للفنية التـــي تناســـبه وحده، وهذا ما يضيف للعلاج بالتعريض ميزة تعددية فنياته وتنوعهـــا بشكل يخدم الغرض الخاص بحالات الدراسة.

٤- يتميز البرنامج العلاجي باعتماده على الجدولة والأنشطة والواجبـــات المنزلية التى يقوم بها الطالب بالجلسة وخارجها، مما يزيد من فعاليـــة وكفاءة هذا العلاج.

٥- اعتماد البرنامج على نقاط محددة يهدف إلى إنمائها، ومنها تركيزه على التخفيف من مشاعر الخوف من المبادأة أو تكـــوين علاقـــات جديـــدة، والتخفيف من الخوف التقييم السالب، من خلال تحديد أهداف إجرائيـــة محددة لكل جلسة كما فى برنامج الدراسة، ولهذا فائدة مزدوجـــة فمـــن ناحية المساهمة فى تحقيقها واختيار الفنيات الملائمة والتدريب عليهـــا، وملاءمتها لخصائص العينة من جهة أخرى.

٦- اعتماد البرنامج على شرح كل فنية قبل البدء بها، وتحديد مخطط كـل جلسة ومناقشته مع الحالة، وتقديم ملخص لكل جلسة بشكل شفهي وبشكل عملي، ولا يتم الانتقال إلى جزئية أخرى من البرنامج، دونما التأكيد على استيعاب وتنفيذ كل نقطة وهدف إجرائي.

٧- اعتماد البرنامج على أسلوب التعزيز الإيجابي والتشجيع، فقد جمع البرنامج بين أسلوبي التعزيز الذاتي، والمتمثل فـى إدراك الحالة ذات الفوبيا الاجتماعية لما طرأ على سلوكها من تحسن، والتعزيز الخارجي، والمتمثل في تشجيع الباحثة للحالة عند إتيانها بالأداء الصحيح للفنية التي يكون الطالب بصدد تنفيذها.

٨- اعتماد البرنامج على ثلاثة أشكال للتعريض، بدءاً بالتعريض التخيلي الذي عَمَد إلى مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة على مستوى الخيال؛ ثم انتقالاً إلى التعريض للواقع الافتراضي غير الغمري الذي عَمَد إلى مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة على سطح مكتب الكمبيوتر، المصممة بشكل يقترب بدرجة كبيرة من المواقف الواقعية الطبيعية، وأخيراً التعريض الواقعي الذي عَمَد إلى مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة فى بيئة طبيعية حقيقية مع استخدام الفنيات الملائمة لذلك، ويُعدّ هذا الشكل من العلاج بمثابة التطبيق العملي على المواجهة، مما أتاح فرصة كبيرة في مراعاة خصائص الطلاب، مع التأكيد على انطفاء استجابة الخوف إبان التعريضات المتكررة.

كل ذلك، قد ساهم فى التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة، من خلال مراعاة البرنامج العلاجي المُعدّ لخصائص طلاب الجامعة، واعتماده على أسس ومبادئ العلاج بالتعريض، بفنياته المتعددة كفنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب، وفنية تحصين

حركة العين وإعادة المعالجة، وفنية الإشارات الآمنة، وفنية الضبط المعرفي للذات بنموذجيه، وفنية إدارة الوقت، وفنية إدارة الضغط، وفنية لعب الـــدور، وفنية النمذجة، وفنية التخيل، وفنيـــة الاســـترخاء، والتعزيـــز، والواجبـــات المنزلية، كل ذلك في جو يسوده التعاون، والثقـــة، والمـــشاركة، والاهتمـــام المشترك.

أما عند استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي المُعدّ، الذي اتضح فـــي استمرار قدرة الطلاب على مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة والتغلـــب على خوفهم بكفاءة واقتدار، وآلية أداء الفنيات العلاجية بشكل دوري إلى مـــا بعد فترة المتابعة.

وبالتالي فإن البرنامج العلاجي المُستخَدم يكون قد حقق أحد الأهداف الأساسية كف استجابة الخوف لدى الطلاب عينة الدراسة عن طريق مواجهة المواقف الاجتماعية المرهوبة بدلاً من تجنبها. فالهدف من إجراء البرنـــامج العلاجي الحالي هو تعديل سلوك الطالب غير المرغوب فيه اجتماعياً، بـــدلاً عن إحداث تغيرات طارئة مؤقتة في جوانب الشخصية المختلفة لـــه، ثـــم لا تلبث وأن تنطفئ وكأن شيئاً لم يكن، بل إن المطلوب في هذا البرنامج هو أن يظل أثره حتى بعد توقف التدريبات التي كانت يتلقاها الطلاب أثناء جلـــسات التعريض، وحتى بعد انقطاع صلتهم بالقائم بالتدريب. فمن الأمور الأساســـية في إجراء هذا البرنامج، التأكد من استمراره وفاعليتا مع أفـــراد المجموعـــة التجريبية، بعد توقف جلسات تطبيق البرنامج، الأمر الذى يدفع نحو الثقة فى أن الطلاب قد استخدموا الإستراتيجيات المختلفة التى تعلموها فـــى مواقـــف حياتهم المشابهة دون اللجوء إلى الباحثة، وأيضاً الأمر الذي يعطـــى مبـــرراً لمحاولة تطبيق هذا البرنامج القائم على التعريض في قطاعات كبيـــرة مـــن طلاب الجامعة، وبصفة خاصة الذين يعانون من اضطرابات القلق بشكل عام

والفوبيا الاجتماعية بشكل خاص، لما تسببه من ضيق وكــرب متمثلـــة فـــي بعض الأعراض الاكتئابية، التي تـــسبب لهـــم ســـوء التوافـــق الاجتمـــاعي والمشكلات النفسية المختلفة.

ثالثاً: توصيات وبحوث مقترحة:

أ- توصيات تربوية:

من خلال ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، والتى تـــضمنت فاعلية العلاج بالتعريض فى التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينـــة مـــن طلاب الجامعة، تمكنت الباحثة من أن تقدم التوصيات التربوية التالية:

١- الاهتمام ببرامج العلاج والارشاد النفسى التى تعمل على التخفيف مـــن الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، مما يساعدهم على تحديد معـــالم شخصيتهم بصورة واقعية، ويصبحوا أكثر قدرة على مواجهة المواقـــف الاجتماعية المختلفة.

٢- أهمية إنشاء نوادي جامعية لمساندة ذوي الفوبيـــا الاجتماعيـــة، وفـــتح العيادات والمراكز الإرشادية لتقديم الخـــدمات الارشـــادية والعلاجيـــة بمجانية لهم، إذ إنهم يكونون في أمس الحاجة إلى تلـــك الرعايـــة، ولا يجب تركهم فريسة لهذا الاضطراب لما فيه من هدر للطاقة الإيجابيـــة التى يمثلونها.

٣- عقد الدورات التدريبيـــة والنـــدوات الثقافيـــة المـــستمرة لأســـر ذوى اضطرابات القلق ومرافقيهم، لمعرفة سبل التغلـــب علـــى مثـــل هـــذه الاضطرابات، وكيفية الوقاية منها.

٤- أهمية التدخل المبكر فى التقليل من أثر الفوبيا الاجتماعية على تفاعـــل الأفراد، وذلك من خلال التوعية بدور التنشئة الاجتماعية فى تنمية الثقة بالذات، والقدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة.

٥- تهيئة المجتمع والأسرة لتقبل الفرد الذى يعاني من الفوبيا الاجتماعية، ومحاولة مساعدته على التفاعل والتعامل معه، بدلاً من السخرية منه والابتعاد عنه بزعم أنه شخص غير اجتماعي، أو مغرور.

٦- عقد الدورات التدريبية والندوات التثقيفية لأساتذة الجامعات؛ لتوعيتهم بأساليب التعامل مع طلاب الجامعة بشكل عام، والطلاب ذوي الفوبيا الاجتماعية بشكلٍ خاص.

٧- أهمية التدريب على العلاج بالتعريض وفنياته المتعددة فى مناهج كليات التربية، وخاصة مع المتعاملين فى الميدان الإكلينيكي أو العيادي، وتضمين ذلك فى مناهج علم النفس العلاجي، باعتباره توجه علاجي قديم ذي وجهة نظرية حديثة.

٨- يجب إرشاد الوالدين إلى مساعدة أبنائهم ذوى الفوبيا الاجتماعية، من خلال حثهم على مواجهة المواقف الاجتماعية بشكل يُدعمهم ويُحفزهم، مبتعدين عن المواقف المثبطة والصدمية التي تترك جُرحاً في الذات، يترسخ في قراراة ذاته مما يضعف من ثقته بنفسه بأنها لا يستحق الاحترام.

٩- الاهتمام بالأنشطة الجامعية والاجتماعية الملائمة للطلاب ذوى الفوبيا الاجتماعية، وتوظفها بشكل يحسن من قدراتهم في مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة.

١٠- الاهتمام بتوفير برامج الرعاية النفسية للطلاب ذوي الفوبيا الاجتماعية بحيث يتم تأهيلهم وتدريبهم عليها، بشكل يساعدهم على الاندماج مع أقرانهم وذويهم، وعلى أن يبدوا بشكل ملائم ولائق مع الآخرين.

١١- الاهتمام بضرورة التشخيص الصحيح للطلاب ذوي الفوبيا الاجتماعية، لأن ذلك يعتبر أول سلم العلاج.

١٢- ضرورة إرشاد الوالدين إلى عدم مطالبة أبنائهم بأنماط معينة من التفاعل مع الآخرين، لأن ذلك يزيد من الضغط النفسى عليهم حيث إن بعض ما يطلبه منه والداه يفوق قدراتهم واستعدادهم، مما يفقدهم قدر كبير من اقتصادياتهم النفسية فى المواقف الصدمية التى يتعرضون لها.
١٣- حث الطلاب على المشاركة والتفاعل فى المناقشات الجماعية، سواء داخل حجرات الدراسة، أو في الندوات العامة، أو في الأنشطة الجامعية، وغيرها.
١٤- ضرورة وضع خطة تربوية وعلاجية يتم تطبيقها فى الجامعة على الطلاب ذوي الفوبيا الاجتماعية.
١٥- ضرورة الاستفادة التربوية والنفسية من نتائج الدراسة الحالية فى التخفيف من الفوبيا الاجتماعية عن طريق فنيات العلاج بالتعريض.

ب- بحوث مقترحة:

بناء على أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، يمكن للباحثة اقتراح بعض البحوث التى يمكن إجراؤها فى مجال العلاج بالتعريض للفوبيا الاجتماعية، وهي :

١- فاعلية العلاج بالتعريض فى التخفيف من اضطرابات القلق لدى عينة من المراهقين.
٢- فاعلية العلاج بالتعريض للواقع الافتراضي فى التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة.
٣- فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من اضطراب الضغط الناشئ ما بعد الصدمة.
٤- فاعلية فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب فى العلاج بالتعريض لاضطرابات القلق.

٥- تحصين حركة العين وإعادة معالجتها ودورها فى العـــلاج بـــالتعريض للفوبيات النوعية.

٦- فاعلية الإشارات الآمنة فى العلاج بالتعريض لاضطرابات القلق.

٧- فاعلية العلاج بالتعريض فى تعديل البنية المعرفية للخوف لدى عينة من الفوبياويين.

٨- فاعلية العلاج بالتعريض فى تنمية فعّالية الــذات المدركـــة وأثـــره فـــى التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لديهم.

٩- دراسة حالة للوقوف على ديناميات الفعل للعلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية.

١٠- دراسة مقارنة بين فاعلية العـــلاج بـــالتعريض للواقـــع الافتراضـــي، والتعريض الواقعي فى التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينـــة مـــن طلاب الجامعة.

١١- دراسة اتجاهات الطلاب ذوى الفوبيا الاجتماعية نحو التعريض للواقـــع الافتراضي.

١٢- التعود وكف الاستجابة في العلاج بالتعريض للفوبيا الاجتماعية.

الملخص العربي

مقدمة :

تتميز الفترة الراهنة بجملة متغيراتٍ سريعةٍ ومتلاحقة، أدت إلى العديد من المشكلات والصراعات النفسية التى تواجه الفرد، والتي تؤثر بشكل مباشر في قدرته على الانخراط في التفاعلات الاجتماعية المختلفة مما يشعره بالعجز عن مواجهتها، الأمر الذي يجعل الحياة لم تَعُد سوى زملة من المواقف الصدمية الضاغطة والمتكررة التي تبرر فشله في مواجهة أي صراعات ومشكلات لاحقة.

ولما كان طلاب الجامعة يمثلون قطاعاً مُهمًّا من قطاعات المجتمع، بل وَيُعَدُّونَ اللَبِنة الأساسية لبنائه وتقدمه؛ مما يحتم علينا الوقوف على ما هية هذه الاضطرابات والصراعات التى تعاني منها تلك الفئة والتى تؤثر على ثقتهم بذاتهم وإحساسهم بالاستقلالية، وتحملهم المسئولية، ودرجة أدائهم للدور الأكاديمى والمهنى المطلوب منهم.

وتُعد الفوبيا الاجتماعية من أهم الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً والتى تصيب طلاب الجامعة؛ حيث تسبب لهم الكثير من المشكلات التى يعانون منها فى علاقتهم بذاتهم أو فى علاقتهم بالآخرين الذين يعيشون معهم فى المحيط الاجتماعى، ولا سيما القلق الاجتماعى الذى يظهر فى المواقف التفاعلية بين الأفراد، مما ينتج عنه خوف ورهبة شديدة تتضح فى تجنبهم المواقف الاجتماعية باعتبارها تجعل الفرد تحت الميكروسكوب الاجتماعى إن صح التعبير، حيث يشعر بكونه تحت الأنظار المتدققة والمتفحصة له والتى لا تغفل عن ملاحظته.

والفوبيا الاجتماعية اضطراب يعاني منه شريحة كبيرة من الأفراد ولا سيما طلاب الجامعة، فقد أكد العلماء انتشار الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب

الجامعة، حيث أوضحوا أن من "٣–١٣%" من الأفراد يعانون من الفوبيا الاجتماعية خلال فترات حياتهم خاصة فى المرحلة العمرية ما بين "١٥"–"٢٠" عاماً وتظهر بصورة متساوية لدى الذكور والإناث، مما يتضح فى البعد عن المواقف التى تتطلب تفاعلاً اجتماعياً، الأمر الذى يتسبب عنه انخفاض في تقدير الذات وسوء التوافق النفسي والاجتماعى لديهم.

مشكلة الدراسة :

يتضح من العرض السابق أن الفوبيا الاجتماعية هى أحد الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً بين طلاب الجامعة، حيث يَخبُر الطلاب القلق الذى يظهر فى مواقف التفاعل الاجتماعي وفي العلاقات البينشخصية، والذي يُعدّ نتاجاً لشعورهم بالدونية وضعف الثقة بالذات؛ مما يترتب عنه خوف ورهبة شديدتين، بشكل يجعلهم أكثر تمركزاً حول ذاتهم، وأكثر عزلةً وانغلاقاً عليها، وأكثر شعوراً بفقدان الأمن، كما يوصفون بسوء التوافق النفسي والاجتماعي، لتجنبهم معظم المواقف الاجتماعية، فالفرد الفوبيوي تُسيطر عليه العديد من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي تتحكم في تفكيره ووجدانه وسلوكه، بصورةٍ تفاعلية تجعله يميل إلى العزلة والانسحاب من معظم المواقف الاجتماعية التى قد تسبب له الحرج والارتباك من وجهة نظره، أو لمجرد اعتقاده بأنه مراقب ممن حوله، أو توقعه للتقييم السالب من جانبهم.

ومما سبق، فالفوبيا الاجتماعية هي "خوف الفرد المتزايد من معظم أو كل المواقف الاجتماعية، التي يتعرض فيها للتقييم السالب، والذي ينتج عنه خوف ورهبة شديدتين من تعرضه للنقد من قبل الآخرين، مما يجعله يتجنب معظم هذه المواقف بالابتعاد عنها" .

وقد تتفاقم المشكلة لدى الطلاب، وتتسع إلى حد يتطلب ضرورة التدخل العلاجي، الذي يتمثل في إكسابهم استراتيجيات وأساليب علاجية بديلة، ومنها التعريض المرحلي للمواقف الاجتماعية المخيفة (سواء كان التعريض واقعياً أو خيالياً) مما يؤدي إلى تخفيف أعراض القلق والاضطراب.

وأوضحت الرابطة النفسية "APA" "أن هناك علاجات مدعمة تجريبياً تتضمن العلاجات القائمة على التعريض وذلك لعلاج الفوبيات النوعية والاجتماعية، والملمح الأساسي في العلاج بالتعريض هو مواجهة المثيرات المخيفة، والتي يجدها بعض الناس مرعبة.

وهذا ما ذهب بالعلماء إلى اعتبار العلاج بالتعريض" العنصر الأساسي" أو كما أسموه "بلُبّ العلاج" في الفوبيات واضطرابات القلق.

فمن هنا باتت الحاجة مُلِحة إلى إعداد برنامج علاجي قائم على التعريض، ملمحه الأساسي مواجهة الطالب للمواقف الاجتماعية التي تُعدّ مرهوبة بالنسبة له، من أجل التغلب على الفوبيا الاجتماعية لديه، مستنداً إلى التنوع في أساليب المواجهة المدعومة بآليات الفعل المفسرة له، لتعرض بهذا البرنامج وجهات النظر المختلفة المفسرة لفاعليته للعلاج بالتعريض ولكن بشكل عملي، يُبرهن الوجهة النظرية التي استندت إليها الباحثة التي تقوم على التنوع في أشكال وفنيات وأساليب العلاج التعريض .

وتتبلور مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسى التالي:

ما مدى فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة؟

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة الحالية في:

أولاً: الأهمية النظرية:

تكمن الأهمية النظرية للدراسة الحالية في تزويد المكتبة العربية بمثل تلك الدراسات التي تتناول فاعلية العلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، والقائم على التنوع في أساليب المواجهة، وذلك لندرتها – في حدود علم الباحثة .

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية في الاستعانة بالبرنامج العلاجي المُعد والخاص بالعلاج بالتعريض في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى شريحة كبيرة من طلاب الجامعة،

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تقديم برنامج علاجي قائم على التعريض للمواقف الاجتماعية المرهوبة بأشكاله المختلفة، والتعرف على مدى فاعليته في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة، ومدى استمرار فاعليته.

تحديد المصطلحات:

١-الفوبيا الاجتماعية Social phobia :

هي "خوف الفرد غير المنطقي والمستمر من بعض أو معظم المواقف الاجتماعية أو الأدائية، التي تنطوى على تهديد بالنسبة له، سواء كان التهديد متمثلاً في توقعه الرفض، أو أن يكون عرضة للتقييم السالب، أو السخرية من جانب الآخرين، والذي يُعد نتاجاً لشعوره بالدونية وضعف الثقة بالذات،وانعدام الشعور بالأمن، فيعتريه الضيق والقلق من تلك المواقف، فتنمو لديه رغبة قهرية في الانسحاب منها بالابتعاد عنها".

وتعرف إجرائياً :

بالدرجة التى يحصل عليها المفحوص على مقياس الفوبيا الاجتماعية المستخدم(إعداد: الباحثة).

٢-العلاج بالتعريض Exposure Therapy:

العلاج بالتعريض هو "منهج علاجى تكاملى ذو وِجَهة نظرية حديثة نسبيا، قائم على استراتجيات المواجهة فى كَفّ الاستجابات غير المرغوب فيها وتعديل السلوك، بما يمتلكه من آليات وميكانيزمات فعل تتضح فى تعدد فنياته وأساليبه وأشكاله، لتجعل منه علاجاً فاعلاً في التخفيف من اضطرابات القلق، والفوبيات النوعية ولا سيما الفوبيا الاجتماعية".

حدود الدراسة:

تتحدد هذه الدراسة من خلال العينة والأدوات والأساليب الإحصائية متمثلة في :

(أ) عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من "**١٤**" طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية ببنها، الفرقة الثالثة، وعددهم "٨" إناث و"**٦**" ذكور ممن يعانون من الفوبيا الاجتماعية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين

*مجموعة تجريبية .

*مجموعة ضابطة .

(ب) أدوات الدراسة :

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية :

١- مقياس الفوبيا الاجتماعية. **(**إعداد: الباحثة**)**.

٢- مقياس وكسلر – بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين

٣- البرنامج العلاج المعد.

نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج الآتية:

١- " وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية"**(تحقق الفرض الأول)**.

٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القيـــاس القبلى والقياس البعدى للمجموعة التجريبيـــة علـــى مقيـــاس الفوبيـــا الاجتماعية، لصالح القياس البعدي""(**تحقق الفرض الثاني**).

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياس البعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبيـــة علـــى مقيـــاس الفوبيـــا الاجتماعية"(**تحقق الفرض الثالث**).

المراجع العربية :

أحمد متولى (١٩٩٣): مدى فعالية التدريب على المهـــارات الاجتماعيـــة والعلاج السلوكي المعرفى في تخفيف الفوبيا الاجتماعيـــة لـــدى طلاب الجامعة، **رسالة دكتوراه غير منشورة، كليـــة التربيـــة، جامعة طنطا.**

أحمد عكاشة (٢٠٠٣): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المـــصرية، القاهرة.

أشرف عبد القادر(٢٠٠٩): مباديء الإرشاد النفسي، ط١، دار المـــصطفى للطباعة والترجمة، بنها الجديدة خلف الإيمان الخيري.

آمال الفقي (٢٠٠١): فاعلية السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال، **رسالة دكتوراه غير منـــشورة، كليـــة التربيـــة، جامعة الزقازيق، فرع بنها.**

أمان محمود (١٩٩٤): فاعلية العـــلاج بالتحـــصين التـــدريجي والتـــدريب التوكيدي في علاج المخاوف الاجتماعية، ***مجلة الإرشاد النفسي،*** مركز الإرشاد النفسي،جامعة عـــين شـــمس، المجلـــد الثـــامن، العددالثاني، من ٢١– ٥٧.

أوتوفينخل (١٩٦٩): نظرية التحليل النفسي في العصاب، (ترجمة صـــلاح مخيمر، عبده ميخائيل، ج٢، القاهرة، الأنجلو المصرية.

أولتمانز نيل، دافيسون (٢٠٠٣): دراسة حالات في علم النفس المرضى، ترجمة: رزق سند، وتقديم لـــويس كامـــل مليكـــة، دار الحكـــيم للطباعة والنشر، القاهرة.

تحية عبد العال (٢٠٠٦): القلق الاجتماعي لدى ضحايا مشاغبة الأقران في البيئة المدرسية "دراسة في سيكولوجية العنف المدرسي"، ***مجلـــة***

كلية التربية -جامعة بنها، المجلد السادس عشر، العـــدد ٦٨، ص : ٤٥ – ٩٢.

حامد زهران (١٩٧٨): قاموس علم النفس، ط٢، القاهرة، عالم الكتب.

حامد زهران (١٩٩٠): علم نفس النمـــو (الطفولـــة والمراهقـــة)، ط٥، القاهرة، عالم الكتب.

حياة البناء، وأحمد عبد الخالق، وصلاح مراد (٢٠٠٦): القلق الاجتمـاعي وعلاقته بالتفكير السلبي التلقائي لدى طلاب من جامعة الكويـت، ***دراسـات نفسية، المجلد السادس عشر، العدد الثاني، من ٢٩١-٣١٢.***

سامية القطـان (١٩٨٢): الأمـراض النفـسية والعقليـة فـي المعـاجم والموسوعات النفسية(الفوبيا، الهستريا، العـصاب القهـري)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

سامية القطان (١٩٩١): كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية، مكتبـة الأنجلـو المصرية، القاهرة.

سيجموند فرويد (١٩٨١): حياتي والتحليل النفسى، ترجمـة : مـصطفى زيور، دار المعارف، القاهرة.

سيجموند فرويد (١٩٩٠): محاضرات تمهيدية فـي التحليـل النفـسى، (ترجمة أحمد عزت راجح)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

صلاح الدين عبد القادر(١٩٨٧): مدى فاعلية العلاج بالتشكيل Shapping في علاج المخـاوف الاجتماعيـة Social Phobias، **رسـالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق فرع بنها.**

صلاح مخيمر (١٩٧٧): تناول جديد في تـصنيف الأعـصبة والعلاجـات النفسية، القاهرة، مكتبة الإنجلو المصرية.

طريف فرج(٢٠٠٢) : توكيد الذات: مدخل لتنميـة الكفـاءة الشخـصية، القاهرة، دار غريب.

عبد الرحمن عيسوى (١٩٩٤): باثولوجيا النفس، دراسة في الاضطرابات العقلية والنفسية، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.

عبد الستار إبراهيم (١٩٨٣): العلاج النفسي الجديد قوة للإنسان، مكتبة مدبولي، القاهرة.

عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الدخيل، رضوى إبراهيم (١٩٩٣): العلاج السلوكي للطفل، (أساليب ونماذج من حالاته)، ***مجلة عالم المعرفة، الكويت، العدد ١٨٠، ص٥٥ – ٨٦ .***

عبد الستار إبراهيم، ورضوى إبراهيم (١٩٩٦): الحاجة لخدمات الصحة العقلية والنفسية في العالم العربى من واقع البحث العلمي. ***مجلة العلوم الاجتماعية، ٢٤ (٣)، ص: ٨٢ – ١٠٧.***

عبد العزيز القوصى (١٩٩٣): أسس الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

فاطمة الكتاني (٢٠٠١): القلق الاجتماعي والعدوانية لدى الأطفال، العلاقة بينهما، ودور كل منهما في الرفض الاجتماعي، **رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.**

لندا دافيدوف (١٩٩٧): مدخل علم النفس، ترجمة : سيد الطواب، ومحمود عمر، ونجيب خزام، مراجعة وتقديم : فؤاد أبو حطب، ط٤، القاهرة،الدار الدولية للنشر والتوزيع.

مجدى عبد الله (٢٠٠٠): علم النفس المرضي، دراسة فى الشخصية بين السواء والإضطراب، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

محمد عيد (٢٠٠٠): دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب. ***مجلة كلية***

التربية، جامعة عين شمس، الجزء الرابع، العدد (٢٤)، ص٣٤٩ – ٣٩٤.

محمدإسماعيل، ولويس مليكه(١٩٩٣): مقياس وكسلر- بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين، دليل المقياس، الطبعة "٦"، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

محمد غانم (٢٠٠١): حياتك بلا خوف، كتاب اليوم الطبي، دار أخبار اليوم، القاهرة.

محمود حمودة (١٩٩١): النفس أسرارها وأمراضها، مكتبة الفجالة، القاهرة.

محمد لطفي (٢٠٠٣): استخدام السيكودراما في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة، ***رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.***

محمود الشهاوي(٢٠٠٧): مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لتخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الأطفال، **رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر.**

مصطفى الشرقاوي (٢٠٠٠): أسس الإرشاد والعلاج النفسي، ط٢، دار النهضة العربية، القاهرة.

ناريمان رفاعي (١٩٨٥): فاعلية التدريب التوكيدي في علاج المرضى بالفوبيا الاجتماعية من طالبات المرحلة الثانوية والجامعية، **رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة بنها.**

نعمات عبد الخالق وفوقية حسن (١٩٩٣): دراسة تمييز الطفل للانفعال الحقيقي والانفعال الظاهري (لمراحل نمائية متباينة)، ***مجلة كلية***

التربية – الزقازيق، العدد العشرون، الجــزء الأول، ص ٧١ – ١١٧ .

هشام الخولي (٢٠١٠ أ): الصحة النفسية (ومشكلات مــن الحيــاة)، ط٢، دار المصطفى للطباعة والترجمة، بنها الجديدة خلــف الإيمــان الخيري.

هشام الخولي (٢٠١٠ ب): في علم نفــس النمــو، ط١، دار المــصطفى للطباعة والترجمة، بنها الجديدة خلف الإيمان الخيري.

ثانياً: المراجع الأجنبية(*):

Albano, A.M. & Balow, D.H. (1996). Breaking the vicious cycle : Cognitive behavioral group treatment for socially anxious youth. In E.D Hibbs and P.S Jensen (Eds): ***Sychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders : Empirically Based Stratigies for Clinical Practice (PP : 43 – 62).*** Washing ton, Dc: American Psychological Association.

American Psychiatric Association (1952*). Diagnostic and Statistical Menual of Mental Disorders.* Washington, DC : American Psychiatric Press.

(*) اتبعت الباحثة في توثيق المراجع الأجنبية أسلوب التوثيق الصادر عــن الجمعيــة الأمريكية لعلم النفس APA (الإصدار الخامس).

American Psychiatric Association (1968). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd . ed).*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1980). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.).*** Washington, DC : American Psychiatric press.

American Psychiatric Association (1987). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. rev).*** Washington, DC : American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1994). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.).*** Washington, DC : American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (2000). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision).*** Washington, DC : American Psychiatric Press.

Asendropf, B.J. (1992). Abrunswikeam approach to trait continuity application to shyness. ***Journal of Personality, 60, 53 – 77.***

Baker, A. ; Mystkauski, J. ; Coulver, N. ; Yi, R. ; Mortazari, A. & Crake, M. (2010). Does habitution matter ? Emotional Processing theory and exposure therapy For a crophobia. ***Behaviour Reasearch and Therapy, 38, 1139 - 1143.***

Bandura, A. (1977). ***Social Learning Theory.*** Englewood diffs, NJ : Prentice – Hall.

Barkley, R.A. (1998): Attention deficient hyperactivity disorder ***: A Handbook for Diagnosis and Treatment (2nd ed),*** Now York : Guiford Press.

Barlow, A.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. ***American Psychologist,55, 1247 – 1263.***

Barlow, D.H.; Corman, J.M.; Shear, M.K.& Wood, S.W. (2000). Cognitive behavioral therapy, imipramine, or tier combination for panic disorder: A randomized controlled trial**.** ***JAMA, 283, 2529-2536.***

Barlow, D.H.(2002). ***Anxiety and its disorders : the nature and treatment of anxiety and panic (2nd. Ed).*** New York : Guilford Press.

Bear, S. and Garland, J. (2005). Pilot study of community – based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. ***Journal of the American Academy of Child and Adholescent Psychiatry, 44, 258 – 264.***

Beck, A.T. & Freeman, A. (1990*).* *Cognitive Therapy of The Personality Disorders.* New York: Guilford Press.

Beck, A.T. (1995). *Cognitive Therapy:Basics and Beyond.* New York: Guilford Press.

Beidel, D.C. ; Turner, S.. & Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. ***Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 643 -650.***

Beidel, D.C.& Turner, S.M. (2007). Shy children, hobic adults: nature and treatment of social anxiety disorder. Printed in the united states of America. Second edition. ***Retrieved from: WWW.apa.org/ books/.***

Bercaw, E. (2004). The relationship between social anxiety alcohol use In A college student sample. ***M. D, Faculty***

of the Craduate School of the University of Mary Land.

Berry, E. ;Well, A . &Ludgate, J.(2008). Extinction Retention Predicts Improvement in Social Anxiety Symptoms following Exposure Therapy**.** ***Cognitive and Behavioral Practice, 32, 123-143.***

Biederman, J.; Hirshfeld – Becker, D.R.; Rosenbawn, J.F.; Herot, C.; Friedman, D.; Snidman, N.; Kagan, J& Faraone, S.V. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. ***American Journal of Psychiatry, 158, 1673 – 1679.***

Blomhoff, S.; Haug, T.T.; Hellstrom, K.; WHolme, I.; Humble, M.; Madsba, H.P.& Wold, J.E. (2001). Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalized social phobia. ***British Journal of Psychiatry, 179, 23 – 30.***

Bouchard, S.; Gauthier, J.; Laberge, B.; Plamondon, J.; French, D.; Pelletier, M.H. & Godbout, C. (1996). Expsoure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. ***Behaviour Research and Therapy, 34, 213-224.***

Bouchard, S.; Mendlowitz, S.L.; Coles, M.E. and Franklin, M. (2004). Coniderations in the use of exposure with children. ***Cognitive and Behavioral Practice,11, 56 – 65.***

Brady, A. & Raines, D. (2009). Dynamic hierarchies : a control system paradigm for exposure therapy. ***The Cognitive Behaviour Therapeist, 2, 51 – 62.***

Breitholtz, E. & Ost, L.G. (1997). Therapist behavior during one – session exposure treatment for spider phobia : Individual V.S group setting. ***Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 26, 171 - 180.***

Brinkman, W.; Van der Mas, C. & Vilegher, D. (2008). Virtual reality Exposure therapy for social phobia : A pilot study in evoking fear in a virtual world. Delft University of Technology, Mediamatica. The Netherlands.

Cahill, S.P.; Foa, E.B.; Hembree, E.A.; Marshall,R.D. & Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of post traumatic stress disorder. ***Journal of Traumatic Stress, 19(5), 597-610.***

Carter, M.M.; Hollon, S.D.; Garson, R. & Shelton, R.C. (1995). Effects of a safe person on induced distress following a biological challenge in panic disorder with agoraphobia. ***Journal of Abnormal Psychology, 104, 156-163.***

Clark, D.M.; Ehlers, A.; Mcmanus, F.; Hackmann, A.; Fennell, M.; Campbell, H.; Flower, F.; Davenport C.& Louis, B. (2006). Cognitive therapy versus Exposure and applied relaxtion in social phobia. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 1058 - 1067.***

Coles, M.E.& Heimberg R.G. (2000). Patterns of anxious aronal during exposure to feared situations in individuals with social phobia. ***Behaviour Research and Therapy, 38, 905 – 924.***

Cooper, N.A. & Clum, G.A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans : A controlled study. ***Behavior Therapy, 3, 381 – 391.***

Costello, G.G. (1982). Feas and phobias in woman : A community study. ***Journal of Abnormal Psychology, 91, 280 – 286.***

Craske M.G. (1999*). Anxiety disorders : psychological approaches to theory and treatment.* Boulder, Co : West View Press.

Craske, M.G. ; Barlow, D.H.& Meadows, E.A. (2000): Mastery of your anxiety and panic : Third edition (MAP-3): ***Therapist guide for anxiety, Panic and agoraphobia***. San Antonio, TX: Psychological corporation. At ebook ISBN: 0-387-22592-7.

Craske, M.G. & Barlow, D.H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. In Barlow, D.H***: Clinical handbook of psychological disorders: Astep by step treatment manual***. New York: Guilford press.

Crozier, W.R. and Alden, L.E. (2001). The social nature of social anxiety – In W.R crozier & L.E. Alden (Eds)***, International handbook of social anxiety : concepts, research and interventions relating to the self and shyness*** (pp. 1-20). Chichester : Wiley.

Davidson, J. (2004). Use of benzodiazepines in social anxiety disorder, gengeralized anxiety disorder, and posttraumatic stress disorder. ***Journal of Clinical Psychiatry, 65, 29 -33.***

Deacon, B.J. & Abramowitz, J.S.(2004) . Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings**.** ***Journal of Clinical Psychology, 66, 429-441.***

Deacon, B.J. (2006). The effect of pharmacotherapy on the effectivenss of exposure therapy. ***In. Handbook of Exposure Therapies (PP:311 -340).*** Copyright © 2006 by Academic Press.

Deacon, B. J. ; Sy, J. T.& Lickel, J. J. & Nelson, E. A. (2010). Does the Judicious use of safety behaviors improve the efficacy and acceptability of exposure therapy for daustrophic fear? ***Behaviours Therapy and Exposure Psychiatry, 41,71 – 80.***

Emmelkamp, P.M. (1985). Anxiety and fear. In A.S., Bellack; M. Hersen and A.E., Kazdin (Eds***),*** ***International Handbook of Behavior Modification and Therapy***, New York, Plenum Press.

Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1969). ***Personality structure and measurement.*** New York : Routledge and Kegan Paul.

Feske, U. & Chambless, D.L. (1995). Congitive behavioural versus exposure only treatment FO social phobia : A meta – analysis. ***Behavior Therapy, 26, 695 – 720.***

Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information, ***Psychological Bulletin, 99, 20 - 35***

Foa, E.B. & McNally, R.J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. Rapee : ***Current Controversies in The Anxiety Disorders*** (pp: 329 – 343). New York : Guilford Press.

Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). ***Treating the trauma of rape.*** New York Guilford Publications.

Foa, E.B. ; Hembree, E.A.; Cahill, S.P.; Rauch, S.; AllRiggs, D.S. & Feeny, N.C. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for post traumatic stress disorder with and without cognitive restructuring : outcome at academic and community clinics. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 953 – 964.***

Foa, E.B.; Liebowitz, M.L.; Kozak, M.J.; Davies, S.; Campeas, R.; Franklin, M.E.; Huppert, J.D.;

Kjernsted, K.; Rowan, V.; Schimdt, A.; Simpson, H.B. & Tu, X. (2005). Clomipramine, Exposure and response prevention and their combination for OCD. ***American Journal of Psychiatry, 162, 151-161.***

Foa, E.B.; Huppert, J.D. & Kohill, S.P. (2006). Emotional processing theory : An update. In B.O. Rothbaum (Ed), ***Pathological anxiety : Emotional Processing in etiology and treatment*** (PP : 3 – 24). New York. Guiford Press..

Forsyth, J.P.; Barrios, V.& Acheson, D.T. (2006). Exposure therapy and cognitive Interventions for the Anxiety Disorders : Overview and Newer third – Generation perspectives. ***In Handbook of Exposure Therapies***, copyright © 2006 by Academic Press.

Francis, M.E. & Pennebaker, J.W. (1992) . Putting stress into words : writing about personal upheavals and health. ***American Journal of Health Promotion, 6, 280 – 287.***

Fyer, A.J.; Mannuzza, S.; Chapman, T.F.; Liebowitz, M.R. & Klein, D.F. (1993). A direct interview family

study of social phobia. ***Archives of General Psychiatry, 50, 286 – 293.***

Gale, E.N. & Ayer, W.A.(1969). Treatment of dental phobias**.** ***Journal of the American Dental Association, 78, 1304 – 1307.***

Garcia – L. L. ; Olivares, J.; Albano, M.; Turner, S. & Rosa, A. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder : A5 – year follow – up assessment. ***Journal of Anxiety Disorders, 20, 175 – 191***.

Graziano, A.M.; Degioranni, I.S. and Garcia, A.A. (1979). Behavioral treatment of childrens fears**.** ***A review Psychological Bulletin, 86, 804 – 830.***

HacKmann, A.; Clark, M.D &Mcmanus, F (2000). Recurrent images and early men ories in social phobia**.** ***Behavior Research and Therapy, 38, 601 – 610.***

Hall, T. (2005). Is test Anxiety A form of specific social phobia ? ***Master Degree***, Graduate school of the university of Maryland.

Hambrick, J.; *Weeks*, J.; Harb, G. & Hemiberg, R. (2003). Cognitive behavioral theory for social anxiety disorder : supporting evidence and future directions. ***The International Journal of Neuropsychiatric Medicine, 8, 373 – 381.***

Haug, T.T.; Blomhoff, S.; Hellstrom, K.; Holme,I.; Humble, M.; Madsbu, H.P & Wold, J.E. (2003). Exposure therapy and sertraline in social phobia : I – year follow – up of a randomised controlled trial**.** ***British Journal of Psychiatry, 182, 312- 318.***

Hayes, S.C.; Strosahl, K.D.& Wilson, K.G. (1999). ***Acceptance and Commitment Therapy : An Experiential Approach to Behavior Therapy.*** New York : Guilford Press.

Hayes, S.C.; Barnes, Holmes, D.& Roche, B. (2001). ***Relational Frame Theory : Apost – Skinnerian account of human language and cognition.*** New York : Kluwer : Guilford Press.

Hayward, C. ; Killen, J.D. ; Kraemer, H.C. & Taylor, C.B. (1998). Linking self – reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia.

Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 1308 – 1316.

Heading, K.; Kirkby, K.G.; Martin, F.; Daniels, B.A.; Gilroy, L.J. & Menzies, R.G. (2001). Controlled comparison of single – session treatments for spider phobia : live graded exposure alone versus computeraided vicarious exposure. ***Behaviour Change, 18, 103 – 113.***

Hembree, E.A. & Foa, E.B. (2000). Psychosocial treatment of post traumatic stress disorder. ***Journal of Clinical Psychiatry, 61, 113 – 128.***

Hembree, E.A. ; Rauch, S.A.M & Foa, E.B. (2003). Beyond the manual : the insider's guide to prolonged exposure therapy for PTSD. ***Cognitive and Avioral Practice, 10, 22 - 30.***

Hembree, E.A.;Foa, E.B.; Dorfan, N.M.; Street, G.P.; Kawalski, J. & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD?. ***Journal of Traumatic Stress, 16, 555-562.***

Henderson, L. & Zimbardo, P. (2001). Shyness, social anxiety, and social phobia . In S.G. Hofman and P.M.

DiBartolo (Eds), ***From Social Anxiety to Social Phobia : Multiple Perspectives (PP: 46 – 64).*** Needham Heights, MA: Alln and Bacon.

Herbelin, B (2006). Virtual reality exposure therapy for social phobia. Ph.d, University of Louis Pasteur.

Higgins, E.T.(1987). Self-discrepancy-a theory relating self and affect. ***Psychological Review, 94, 319-340.***

Hirai, M.; Vernon, L. & Cochran, H. (2006). Exposure therapy for phobias. ***In Handbook of Exposure Therapies (PP: 247- 270) .*** Copy right, 2006 by Academic Press.

Hofmann, S.G. (2000). Self – Focused attention before and after exposure treatment of social phobia. ***Behaviour Research and Therapy, 38, 717 – 725.***

Hofmann, S.G. and Barlow, D.H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In : D.H. Barlow, D.H. (Ed), ***Anxiety and its Disorders :The nature and Treatments of Anxiety and Panic (2nd ed., PP : 454 – 476).*** New York : Guilford.

Hofmann, S.G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, , 72, 392 – 399.***

Holt, C.; Heimberg, R. & Hope, D. (1992). Avoident personality disorders and the generalized subtype of social phobia. ***Journal of Abnormal Psychology, 101, 318 – 325.***

Hoodin, F. & Gillis, M. (2006). Applications of exposure techniques in Behavioral Medicine. ***In Handbook of Exposure Therapies (PP: 271- 298)***, Copyright© 2006 by Academic Press.

Horowitz, I.(2003). Virtual graded exposure therapy treatment for phobias: Aprogram design. Adissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for Degree of Doctor of Psychology,Carlos Albizu University, Miami, Florida. ***From ProQuest Information and Learning Company.***

Houston, J.P.; Bee, H.; Hatfield, E. and Rimm, D.C. (1979*). Invitation to psychology*. New York, Academic Press.

Hudson, J.L.& Rapee, R.M. (2000): The origins of Social phobia. ***Behavior Modification, 24, 102 – 129.***

Inan, F. (2008). Virtual reality and social phobia : recreating a social situation in virtual reality ***Master Degree, Delft University of Technology.***

Ingman, K. (1999). An examination of social Anxiety, Social skilk, Social Adjustment, And self – construal In Chinese And American Students at An American University, ***Ph.D, Faculty of the Virginia ploytchnic Institute and State University.***

Johnson, S.B. (1985). Situational fears and object phobias. In D, Shaffer; A.A Ehrhao (Eds), ***The Clinical Guide to Child Psychology,*** London, Collier, Macmillan.

Jonathan, R. & Davidson, M. (2000). Social anxiety disorder under scrutiny**.** ***Depression and Anxiety, 11, 93 – 98.***

Jose, G.M.; Ernesto, M.N.; Mar, R.C. & Claudia, P.S. (2009). virtual reality exposure therapy for school phobia **.** ***Auario de Psicologia, 40, 223 – 236.***

Joseph, A. & Hoffan, J. (2006). Exposure therapy for Hypochondriasis ***In: Handbook of Exposure Therapies (PP: 299 -309)***, Copyright© 2006 by Academic Press.

Kagan, J. ; Reznick, J.S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood. ***Shyness Science, 240, 167 – 171.***

Kashdan, T. & Herbert, J. (2001). social anxiety disorder in child hood and Adolescence : current status and future dissections. ***Clinical Child and family Psychology Review, 4, 37 – 61.***

Keane, T.M.; Fairbank, J.A.; Gaddell, J.M., & Zimering, R.T. (1989). Implosives (Flooding) Therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam Combat Veterans. ***Behavior Therapy, 20, 245 – 260.***

Kearney, C.A. & Drake, K. (2002). Social phobia. In M. Hersen (Ed), ***Clinical behavior therapy : Adults and Children (PP: 326 – 399),*** New York: Wiley.

Kearney, C.A. (2005). Social Anxiety and Social Phobia in Youth: Characteristics, Assessment, and Psychological Treatment. Series in Anxiety and Retated Disorders,

Series Editor : Matin M, Antony, Anxiety Treatment and Research Centre, St. Tosph's Hospital, Haniton, Ontario, Canada. ***Retrieved from http://ebook .springerlink.com.***

Kernberg, P.F. ; Weiner, A.S. & Bardenstein, K.K. (2000). ***Personality Disorders in Children and Adolescents*** . New York : Basic.

Kilpatrick, D.G. & Best, G.L. (1984). Some cautionary remarks on treating sexual assault victims with implosion. ***Behavior Therapy, 15, 421 – 423.***

Kim, E.J. (2005). The effect of decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. ***Anxiety Disorders, 19, 69-86.***

Kircanskia, K; Mortazavib, A; Costriottab, N ;Bakerb, A;Mystkowskib, J. L; Kib, R &Graskeb, M. G (2012). Challenges to the traditional exposure paradign - variability in exposure therapy for contamination fears. ***Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43 (2), 745-751.***

Klessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao,S.; Nelson, C.B.; Hughes, M.; Eshleman,S.;Wittchen, H.U. &

Kendler, K.S. (1994). Lifetine and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the united states : Results from the national comobidity Survey. ***Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.***

Klinger, E.; Legeron, .; Roy, S.; Chemin, I.; Lauer, F. & Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia : a preliminary controlled study. ***Cyberpsychology & Behavior, 8, (1), 76 – 87.***

Klinger, E.; Legeron, P.; Roy, S.; Chemin, I.; Lauer, F. & Nugues, P. (2006). Virtual reality exposure in the treatment of social phobia. ***Internet and virtual reality as assessment and rehabilitation tools for clinical psychology and neuroscience Department of Computer Science, Lund University, Sweden.***

Krijn, M.; **EmmelKamp, P.M.; Schuemie, M.J.& Vonder, M.C. (2007).**do self – statements enhance the effectiveness of virtual reality exposure therapy? A comparative evaluation in Acrophobia. ***Cyberpsychology and Behavior, 10, 362 – 370.***

Lang, P.J. (1977). Imagery in therapy : An information processing analysis. ***Behavior Therapy, 8, 862 – 886.***

Lang, P.J. (1979). Abio – informational therapy emotional imagery. ***Psychophsiology, 16, 495 – 512.***

Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion : Fear and anxiety. In A.H. tuma & J.D. Maser (Eds), ***Anxiety and The Anxiety Disorders. (PP: 131 – 170).*** New York : Wiley.

Lang, P.J. (1995). The emotion probe : studies of motivation and attention***. American Psychologist, 50, 372 – 385.***

Leary, M.R. (2001). Shyness and the self : Altentional, motivational, and cognitive self – processes in social anxiety and inhibition. In W.R. Croziermal L.E. Alden (Eds), ***International Handbook of Social Anxiety : Concepts, research, and interrentions relating to the self and shyness (PP: 217 – 234).*** New York : Wiley.

Leitenberg, H.; Yost, L.W. & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children : Questionaire development, normative data, and comparisons between children with and without self – reported

symptoms of depression, low self – esteem, and evaluation anxiety. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 528 – 536.***

Lepine, J. & Pelissolo, A. (2000). Why take social anxiety disorder seriously ***?. Depression and Anxiety, 11(3), 87 – 92.***

Leutgeb, V. ; Schafer, A. & Schienle, A. (2009). An event – related potential study on exposure therapy for patients suffering from spider phobia**.** ***Biological Psyhology, 82 , 293 – 300.***

Lewinsky, H. (1991). The nature of shyness. ***British Journal of Psychiatry, 32, 105 – 113.***

Lieb, R.; Wittchen, H.U.; Hofler, M.; Fuetsch, M.; Stein, M.B. & Merikangas, K.R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring : A prospective – longitudinal community study. ***Archives of General Psychiatry, 57, 859 – 866.***

Liebowitz, M.R.; Heimberg, R.G.; Fresco, D.M.; Travers, I. & Stein, M.B. (2000). Social phobia or

social anxiety disorder : what's in anamel**.** ***Archives of General Psychiatry, 57, 191 – 192.***

Liebowitz, M. (2004). Social anxiety disorder : importance and a wareness of treatment. ***Primary Journal of Psychiatry, 9 , 97 – 104.***

Mackintosh, N.J. (1987). Neurobiology, Psychology and Habituation. ***Behaviour Research and Therapy, 25, 81 – 97.***

Marks, I.; Lovell, K.; Noshirvani, H.; Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of post traumatic stress disorder by exposure and / or cognitive restructuring. ***A. Archives of General Psychiatry, 55, 317 - 325.***

Masia, C.L. & Morris, T.L. (1998). Parental factors associated with social anxiety : Methodological limitations and suggestions for integrated behavioral rearch. ***Clinical Psychology : Science and Parctice, 5, 211 – 228.***

McCrone, P.; Mark, I.; Mataix. Cols, D; Kenwright, M & Mcdonough, M. (2009). Computer – Aided self – exposure therapy for phobia / Panic Disorder : A pilot

Economic Evaluation. ***Cognitive Behaviour Therapy, 38 (2), 91 -99.***

McDonogh, M. & Marks, I.M. (2002). Teaching medical students exposure therapy for phobia / panic – randomized, controlled comparison of face –to – face tutorial in small groups vs. Solo computer instruction. ***Medical Education, 36, (5), 412 – 417.***

Mclean, D.R., and Woody R.S. (2000). Social phobia and Social anxiety. ***Journal of Cognitive Psychotherapy, 4 (2), 1 – 35.***

McNally, R.J. (1999). Research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). As a treatment of PTSD. ***PTSD Research Quartenly, 10, 1-2.***

McNally, R.J. (2007). Mechanisms of exposure therapy : How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. ***Clinical psychology Review, 27, 750 – 759.***

McNeil, D.W.(2001). Terminology and evolution of constructs in social anxiety and social phobia. In S.G. Hofmann and P.M. Di Bartolo (Eds.), ***From Social***

Anxiety to Social Phobia : Multiple Perspectives (PP: 8 – 19), Needham Heights, MA : Allynand Bacom.

Merikangas, K.R. & Angst, J. (1999). Comorbidity and social anxiety disorder : Evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. ***European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosiance, 244, 297 – 303.***

Meureta, A. E; Taylorb, K. B; Twohigc, M. G &Crasked, M. G (2011). Coping Skills and Exposure therapy in panic disorder and AgoraphobigOlatest a dvances and future directions. Behavior theraphy, ***Retrieved from*** ***http://dx.doi.org/10.106/j.beth***

Milosevic, I. (2006). Safety behavior does not interfere with exposure therapy the case of specific phobia. ***Presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts (psychology) at Concordia university. Montreal, Quebec, Canada.***

Mineka, S. & Thomas, C. (1999). Mechanisms of change in exposure therapy for anxiety disorders. In T. Dagleish and M. Power (Eds), ***Handbook of Cognitive***

and Emotion, (PP: 797 – 769). New York : John Wiley and Sons.

Morgam, H. & Raffle, C. (1999). Dose reducing safety behaviors improve treatment reponse in patients with social phobia ?. ***Austration and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 503 – 510.***

Morris, T.L. (2004). Social phobia In : Vasey, Michal W and Dadds, Mark, R (2004) ***: The Development Psychopthology of Anxiety (PP:435 – 458),*** Now York : Guiford Press.

Muris, P ; Merckelbach, H & de Jong, Peter J (1994). Exposure therapy outcome in spider phobics : effects of monitoring and blunting coping styles. ***Behaviours Research Therapy, 33,(4) 461 – 464.***

Musa, C. & Lepine, J. (2000). congnitive aspects of social phobia : a review of theories and experimental research, ***European Psychiatry, 15, 59 – 66.***

Muzina, D. & Elsayegh, S. (2001). Recognizing and treating social anxiety disorder. ***Clever and Clinic Journal of Medicine, 68, 649 – 657.***

Nelson, E.C.; Grant, J.D.; Bucholz, K.K.; Glowinski, A.; Madden, P.A.F.; Reich, W. &Heath, A.C. (2000). Social phobia in a population based female adolescent twin sample : co-morbidity and associated suicide related symptoms. ***Psychological Medicine, 30, 797 – 804.***

Newman, M.G.; Hofman, S.G.; Trabert, W.; Roth, X. &Taylor, C.B. (1994). Does behavioural treatment of social phobia lead to cognitive changes ?. ***Behaviour Therapy, 25, 503 – 517.***

Norberg, M. M. ; Krystal, S. H. & Jolin, F. (2008). A Meta – Analysis of D – cyclosrine and the facilitation of fear Extinction and Exposure therapy. ***BIOL Psychiatry, 63, 1118 – 1126.***

Norman, E. (2006). Computer – Aided vs. Tutor – Delivered Teaching of Exposure Therapy for Phobia. ***International Journal of Nursing Studies, 44 (3), 397- 409.***

Ohman, A.; Joayuim, J. & Soames, F. (1993). On automatic nature of phobic Fear : Conditioned

electrodermal responses to masked fear – Relevant stimuli". ***Journal of Abnopsychiatry, 102, 121 – 132.***

Olivares, J.; Rosa, A.; Piqueras, J.; Sanchez, M.J.; Mendez, X.; Garcia, L. & Luis, T. (2002). Shynes and social phobia in children and adolescents : An emerging Field. ***Psicologia Conductual, 10, 523 – 542.***

Ost, L.G. and Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and aniety response paterns in clinical patients. ***Behaviour Research and Therapy, 16, 439 – 447.***

Ost, L.G.; Lindahl, I.L.; Sterner, U. & Jerranalm, A (1984). Exposure in vivo vs applied elaxation in the treatment of blood phobia ***.Behaviour Research and Therapy, 22, 205 – 216.***

Ost, L.G. (1989). One –session treatment for specific phobias. ***Behaviour Research and Therapy, 27, 1-7.***

Ost, L.G.; Fellenius, J. & Sterner, U (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension – only in the treatment of blood phobia. ***Behaviour Research and Therapy, 29, 561 – 579.***

Ost, L.G.; Hellstrom, K. & Kaver, A. (1992). One versus five sessions of exposure in the treatment of injection phobia. ***Behavior Therapy, 23, 263 – 282.***

Ost, L.G.; Fellenius, J. & Hellstro, K. (1996). One session group treatment of spider phobia. ***Behaviour Research and Therapy, 34, 707 – 715.***

Ost, L.G.; Ferebee, I. & Furmark, T. (1997). One – session group therapy of spider phobia : Direct versus indirect treatments. ***Behaviour Research and Therapy, 35, 721- 732.***

Ost, L.G.; Alm, T.; Brandberg, M. & Breitholtz, E. (2001). One vs. Five sessionsof exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. ***Behaviour Research and Therapy, 39, 167 – 183.***

Palacios, A.; Botella, C.; Hoffman, H. & Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. In Vivo Exposure by Patients with Specific Phobias. ***Cyberpsychology & Behavior, 10 (5), 722 – 724.***

Parsons, T.D.& Rizzo, A.A. (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta – analysis. ***Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39, 250 – 261.***

Peflate, W.; Pitti, C.; Than, M.D.; Juan, G. & Ramon, I. (2008). The effects of a treatment based on the use of virtual reality exposure and cognitive behavioral therapy applied to patients with agoraphobia. ***International Journal of Clinical Health and Psychology, 8, 5 – 22.***

Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. ***Psychological Science, 38,(3), 162 – 166.***

Powers, M.B.; Smits, J.A. & Telch, M.J. (2004). Disentangling the effects of safety-behavior utilization and safety- behavior availability during exposure based treatment: A placebo- controlled trial. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 448-754.***

Pricea, M;Methab, N; Toneb, E. B&Andersonb, P. L (2011). Does anagement with exposure yield out comes? Components of presence as apredictor of treatment response for virtual reality exposure therapy

for social phobia. ***Journal of Anxiety Disorders, 25 (6), 763-770.***

Pull, C.B. (2005). Current status of virtual reality exposure therapy in anxiety disorders**.** ***Curr Opin Psychiatry, 18, 7 – 14.***

Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition : A critical examination. ***Behaviour Research and Therapy, 15, 375 – 387.***

Rachman, S. (1980). Emotional processing**.** ***Behavior Research and Therapy, 18, 51 - 60.***

Rachman, S. (1983). The modification of a goraphobic avoidance behavior: some fresh possibilities. ***Behavioural Research and Therapy, 21, 567-574.***

Rachman, S. (1989). A goraphobia- A safety signal perspective. ***Behavioural Research and Therapy, 22, 59-70.***

Rapee, R. & Heimberg, R. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia**.** ***Behavior Research and Therapy, 35, 741 – 756.***

Reich, J. & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. ***Comprehensive Psychiatry, 29, 72 – 75.***

Reiss, S. & McNally, R.J. (1983). Exceptancy Model of fear. In S., Reiss and R.R, Bootzin (Eds), ***Theoretical Issues in Behavior therapy,*** New York, Academic Press.

Ressler, K.J.; Davis, M. & Rothboum, B.O. (2006). Pharmacological enhancement of learning in exposure therapy. ***In, Handbook of Exposure Therapies.*** Copyright© 2006 by Academic Press.

Richard, D.S. ; Lauterbach, D. & Gloster, A.T. (2006). Description, Mechanisms of Action, and Assessment. ***In : Handbook of Exposure Therapies (PP:1-28),*** Copyright© 2006 by Academic Press.

Rogers, S.; Silver, S.M.; Goss, J.; Obenchain, J.; Willis, A. &Whitney, R. (1999). A single session controlled group study of exposure and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war

veterans : preliminary data. ***Journal of Anxeity Disorders, 13, 119 – 130.***

Rogers, S. & Silver, S.M. (2002). Is EMDR am Exposure Therapy? Areview of Trauma protocols**. *Journal of Clinical Psychology, 58, 43 – 59.***

Rothart, M.K. & Mauro, J.A. (1995). Temperament, behavioral inhibition, and shyness in childhood. In H. Leitenberg (Ed), ***Hand book of Social and Evaluation Anxiety (PP : 139 – 160),*** New York : Plenum.

Rothboum, B.O. & Davis, M. (2003). Applying learning principles to the treatment of post – trauma reactions**. *Annals of the NewYork Academy of Science, 1008,(PP : 112 – 121).***

Rubin, K.H.; Burgess, K.B. & Coplan, R. (2002). Social withdrawal and shyness. In P.K., Smith and C. Hart (Eds***), Blackwell Handbook of Childhood Social Development (PP: 329 -352),*** London : Blackwell.

Rubin, K.H.; Burgess, K.B. & Hostings, P.D. (2002). Stability and social – bavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors**. *Child Development, 73, 483 – 495.***

Rubin, K.H.; Burgess, K.B., Kennedy, A.E. and Stewart, S.L. (2003). social – withdrawal in childhood. In E.J. Mash and R.A. Berkley, (Eds), ***Child Psychopathology (2nd. Ed) (PP: 372 – 106),*** New York : Guiford Press.

Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of exiety and panic: A cognitive account. ***Behavioural Psychotherapy,19, 6-19.***

Salkovskis, P.M.; Clark, D.; Hackmann, A.; Wells, A. & Gelder, M. (1999). An experimental investigation of the role of safety-secking behaviours in the maintenance of panic disorder with agora phoid. ***Behaviour Research and Therapy, 37, 559-574.***

Sartory, G.; Master, D. & Rachman, S. (1989). Safety-signal therapy in goraphobics: A preliminary test. ***Behavioural Research and Therapy, 27, 205-209.***

Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self – presentation : A conceptualization and model. ***Psychological Bulletin, 92 , 641 – 669.***

Schmidt, N.B. & Telech, M.T. (1994). Role of fear and fear and safety information in moderating the effects of voluntary hyperventilation. ***Behavior Therapy, 25, 197- 208***.

Schwartz, C.E. ; Snidam, N. & Kangan, I (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in child hood. ***Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1008 – 1015.***

Shapiro, F. (1995). ***Eye movement desensitization and reprocessing : Basic Principles, Protocols and Procedures.*** New York : Guiford Press.

Shawn, P.C.; Foa, E.B.; Hembree, E.A.; Marshall, R.D. &Nacash, N. (2006). Dissembination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder***. Journal of Traumatic Stress, : 19 (5), 597 – 610.***

Shpherd R. & Edelmann, R. (2005). Reasons for internet use and social anxiety **.** ***Personality and Individual Differences, 39, 949 – 958.***

Silverman, W.K & Kurtines, W.M (1996). ***Anxiety and phobic disorders : A pragmatic Approach***. New York: Plenum**.**

Sloan, D.M. & Telch, M.J. (2003). The effects of safety-seeking behaviours and guided threat reappraisal of fear reduction during exposure an experimental

investigation. ***Behavior Research and Therapy, 40, 235-251.***

Sloan, D.M. & Marx, B.P. (2004). A closure examination of the structured written disclosure procedure. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 165 – 175.***

Smits, J.A.S; Powers, M.B.; Cho, Y. & Telch, M.J. (2004). Mechanism of change in cognitive – behavioral treatment of panic disorder : Evidence for the fear of fear meditational hypothesis. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 646 – 652***.

Smyth, J.M. (1998). Written emotioned expression : Effect sizes, out come types and moderating variable. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 174 – 184.***

Spates, C.R.; Waller, S. & Koch, E.L. (2000). Acritique of Lohral's (1998) : Review of EMDR and lipke's commentary : of messages and messengers. ***The Behavior Therapist, 23, 148 – 154.***

Spates, R.C.& Koch, E.L.(2003). From eye movement desensitization and reprocessing to exposure therapy : A review of the evidence for shared mechanisms. ***Japanese Journal of Behavior Analysis, 18, 62 – 76.***

Stein, M.B.; Chartier, M.J.; Lizak, M.V. and Lang, K.L. (2001). Familial aggregation of anxiety – related

quantitative traits in generalized social phobia : Clues to understanting "disorder" heritability?. ***American Journal of Medical Genetics, 105, 79 – 83.***

Stemberger, R.T.; Turner, S.M.; Beidel, D.C. & Calhoum, K.S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors : ***Journal of Abno Psychology, 104, 525 - 531***.

Stoan, D.M. ; Marx, B.P. & Epstein, E.M. (2005). Further examination of the exposure model underlying the efficacy of written emotional disclosure. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 549 -554.***

Taylor, S. (1996). Meta- analysis of cognitive. Behavioural treatments of social phobia**.** ***Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27, 1-9.***

Thom, A. ; Sartory, G. & Johren, P. (2000). comparison between one – session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68 , 378 - 387.***

Thwaites, R. & Freeston, M.H. (2005). Safety seeking behaviours: factor function? How can we clinically differentiate between safety behavioural and adaptive coping strategies across anxiety disorders?. ***Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33, 1-12.***

Tiffors, M.; Farmark, T.; Ekselius, L. & Fredrikson, M. (2001). Social phobobia and avoidant personality disorders as related to parental history of social anxiety : A general population study. ***Behaviour Research and Therapy, 39, 289 – 298.***

Tillfors, M.; Carlbring, P.; Furmark, T.; Lewenhaupt, S.; Spak, M.; Eriksson, A.; Westling, B. & Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and pubic speaking fears : Internet delivered self – help with or without live group Exposure Sessions. ***Depression and Anxiety, 25, 708 – 717.***

Tilley, S. (1985)._ Multriple phobias and grief: a case study**.** ***Behaviour Psychotherapy, 13, 59 – 68.***

Tryon, W.W. (2005). Possible mechanisms for Why desensitization and exposure work. ***Clinical Psychology Review, 25, 67 – 95.***

Turner, S.M.; Beidel, A.C.; Cooley, M.R. & Woody, S.R. (1994). Amulticomponent behavioral treatment for social phobia : social effectiveness therapy**. *Behaviour Research and Therapy, ,32 , 381 – 390.***

Turner, S.M.; Beidel, D.C.; Cooley, M.R. & Quille, M. (1995). Two- year follow – up of social phobic treated

with social effectiveness therapy. ***Behaviour Research and Therapy, 33, 553 – 555.***

Turner, S.M. & Barrett, P.M. (2003). Does age play a role in the structure of anxiety and depression in children and youths? An investigation of the tripartite, model in three age cohorts. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 826 – 833.***

Turner, S.M., Johnson, M.R., Beidel, D.C., Heiser, N.A. and Lydiard, R.B.(2003). The social thoughts and Beliefs scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. ***Psychological Assessment, 15, 384 – 391.***

Van Velzen, C.J.H.; Emmelkamp, P.M.G. & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. ***Behaviour Research and Therapy, 35, 889 – 900.***

Veale, D. (2003). Treatment of social phobia. ***Avancesin Psychiatric Treatment, 9, 258 – 264.***

Veltman, D.J.; Tuinebreijer, w.E.; Winkelman, D.; Lammertsma, A.A.; Witter, M.P.; Dolan, R.J. & Emmelkamp, P.M.G. (2004). Neurophysiological correlates of habituation during exposure therapy in

spider phobia. ***Psychiatry Research, Neuroimaging, 132, 149 -158.***

Vonk, E.M. & Thyer, B.A. (1995). Exposure therapy in the treatment of vaginal penetration phobia : A single – cases evaluation. ***Behaviour therapy & Experimental Psychiat, 26, (4), 359 – 363.***

Walash, J. (2002). Shyness and social phobia. ***Health and Social Work, 27, 137 – 145.***

Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social – evaluative anxiety. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 448 – 457.***

Williams, J.M.G.; Mathews, A. & Macleod, C. (1996). The emotional stroop task and psychopathology, ***Psychological Bulletin, 120, 3 – 24.***

Wilson, D.; Silver, S.; Covi,W. & Foster, S. (1996) . Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. ***Journal of Consulting and Clinical Psychiatry, 27, 219 – 229.***

Wilson, K.G. & Murrell, A.R. (2004). Values work in Acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. Ins. C. Hayes, V.M. Follette, ***In(Fulness and acceptance : Expanding The***

Cognitive Behavior Tradition,(PP: 66 – 96), New York : Guilford Press.

Wolpe, J. (1990*). The practice of behavior therapy (4th. ed).* New York : Pergamon.

Wolman ,B.; (1973). ***Dicthionary of Behavioral Sehaviorl.*** Van Nostrand Reinhold Company, NEW YORK

Woody,R.S. & Rachman, S. (1994). Generalized anxiety disorder (GAD) as an unsuccessful search for safety. ***Clinical Psychology Review, 14, 743-753.***

Woody, R.S. (1996). Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with, social phobia. ***Journal of Abnormal psychology, 105, 61 – 69.***

Wroblewski, P.F.; Jacob, . & Rehn, L.P. (1977). The contribution of relaxation to symbolic modeling in the modification of dental fears**.** ***Behavior Research and Therapy, 15, 113 – 115.***

Wroblewski, P.F.; Jacob, T. & Rehn, L.P. (1977). The contribution of relaxation to symbolic modeling in the modification of dental fears**.** ***Behaviour Research and Therapy, 15, 113 – 115.***

Zakowski, S.G.; Ramati, A.; Morton, C.; Johnson, P. & Flanigan, R. (2004). Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. ***Health Psychology, 23, (6), 555 – 563.***

Zimbardo, P. & Henderson, L. (2000*).* ***Shyness. Encyclopedia of Mental Health.*** Academic Press, SanDiego, CA**.**

ملحق رقم (١)

أسماء السادة المحكمين* على مقياس الفوبيا الاجتماعية والبرنامج العلاجي المُعدّ

م	الاسم	الدرجة العلمية
١	إسماعيل إبراهيم بدر	أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة بنها.
٢	إيمان الكاشف	أستاذ الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة الزقازيق.
٣	إيمان رجب قنديل	مدرس الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة بنها.
٤	حسن الفنجري	أستاذ الصحة النفسية ورئيس قسم رياض الأطفال – كلية التربية – جامعة بنها.
٥	دعاء محمد خطاب	مدرس الصحة النفسية – كلية التربية– جامعة الزقازيق.
٦	سامية محمد صابر	أستاذ الصحة النفسية المساعد – كلية التربية – جامعة بنها.
٧	سليمان رجب	مدرس الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة بنها.
٨	سيمون عبد الحميد	مدرس الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة الزقازيق.
٩	صالح شعراوي	أستاذ الصحة النفسية المساعد – كلية التربية – جامعة بنها.

* تشير الباحثة إلى أنه تم ترتيب أسماء السادة المحكمين ترتيباً أبجدياً.

م	الاسم	الدرجة العلمية
١٠	عبد العزيز باتع	أستاذ ورئيس قسم علم النفس –كلية الآداب– جامعة بنها.
١١	عبد الرحمن سماحة	مدرس الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة بنها.
١٢	على عبد السلام	أستاذ علم النفس ووكيل الكلية لشئون الطلاب – كلية الآداب– جامعة بنها.
١٣	فوقية حسن رضوان	أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية –كلية التربية– جامعة الزقازيق.
١٤	كريمان عويضة منشار	أستاذ علم النفس التربوى – كلية التربية – جامعة بنها.
١٥	محمد أحمد سعفان	أستاذ الصحة النفسية – كلية التربية– جامعة الزقازيق.
١٦	محمد كمال	مدرس الصحة النفسية –كلية التربية – جامعة بنها.
١٧	مصطفى مظلوم	أستاذ الصحة النفسية المساعد – كلية التربية – جامعة بنها.
١٨	منال عبد الخالق جاب الله	أستاذ الصحة النفسية المساعد – كلية التربية – جامعة بنها.
١٩	نجوى شعبان محمد	أستاذ الصحة النفسية المساعد –كلية التربية– جامعة الزقازيق.
٢٠	هشام عبد الرحمن الخولى	أستاذ الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة بنها.



كلية التربية
قسم الصحة النفسية

ملحق رقم (2)

مقياس الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة
"الصورة النهائية"

إعداد

دعاء محمد عبد العظيم مبارك

المدرس المساعد بقسم الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة بنها

تحت إشراف

أ.د/ أشرف عبد القادر	**أ.م.د/ تحية عبد العال**
أستاذ الصحة النفسية ووكيل الكلية لشئون الدراسات العليا والبحوث –كلية التربية – جامعة بنها	**أستاذ الصحة النفسية المساعد كلية التربية – جامعة بنها**

٢٠١٢

(١) إذا طُلَبَ منى تعريف نفسى فإننى:

- أعرف نفسى بسرعة.
- أتردد في تعريف نفسى.
- أتهته في الكلام وتزداد ضربات قلبي.

(٢) إذا شَعُرت بالجوع وأنا في الكلية فأنني:

- أسارع بالدخول إلى أي مطعم لتناول وجبة سريعة.
- أحاول الجلوس بمفردي لتناول الطعام.
- أتجنب الأكل أمام الآخرين لشعوري بالحرج.

(٣) عندما يُطلَب مني التعبير عن رأيي في موضوع معين فإننى :

- أبدي رأيي بدون تردد.
- أفكر قليلاً في ذلك.
- أمتنع عن إبداء رأيي.

(٤) عندما يتبقى لى بعض النقود من أجرة الميكروباص أثناء مجيئي للكلية فإنني:

- أطلب من السائق الباقي بدون خجل.
- أطلب من أحد الموجودين أن يسأل السائق عن الباقي بعد تردد.
- أتهته عندما أود التكلم.

(٥) عندما يُعلَن عن فتح باب الترشيح في اتحاد الطلبة فإنني:

- أود في تسجيل إسمى ضمن المرشحين.
- أشعر برغبة في ذلك ولكني أتردد.
- أَعَزُف عن المشاركة.

(٦) عندما أكون سائراً في ممّر الكلية المزدحم بالطلبة والطالبات فإنني:

- أمشي ولا أشعر بأي حرج.
- أشعر بالضيق والحرج عند المرور وسط الطلبة والطالبات .
- أبحث عن أي مخرج لكي لا يراني هؤلاء.

(٧) إذا مررّت بمجموعة من زملائي في الكلية فإنني:

- أشاور لهم بالتحية.
- أُسَلِم عليهم بعد تردد.
- أتظاهر بأنني لا آراهم.

(٨) عندما أفكر في أن ألعب لعبة ما على الكمبيوتر فإنني:

- لا أبالي باللعب أمام الآخرين.
- ألعب وأنا مرتبك.
- أفضل أن ألعبها وأنا بمفردي لا في وجود أحد.

(٩) إذا رن جرس تليفون المنزل فأنني:

- أبادر على الفور بالرد على المتصل.
- أتردد كثيراً في الرد عليه ثم أرد عليه.
- أنادي أحد أخوتي للرد على التليفون.

(١٠) عندما تكون المواصلات مزدحمة فإنني:

- أتروى قليلاً ثم أسارع في ركوب السيارة .
- أركب السيارة بعد تردد كبير.
- أشعر بالحرج الشديد وأمتنع عن ركوب السيارة.

(١١) عندما أشعر بالضيق فإنني:

- أتصل بأحد أصدقائي وأتحدث معه.
- أتردد قليلاً ثم أتصل بأحد أصدقائي.
- أمتنع عن الحديث مع أي شخص.

(١٢) إذا ذهبت لاسترجاع شيئاً لم يعجبنى ورفض البائع استرجاعه فإنني:

- أتناقش معه في السبب.
- أرتبك في الرد.
- أشعر بالحرج لأن الجميع التفت إلي .

(١٣) إذا أعجبنى شيئاً في أحد المحلات التجارية فإنني:

- أدخل إلى المحل وأشتريه.
- أتردد في الدخول ثم أدخل واشتريه.
- أطلب من أحد أفراد الأسرة شرائه.

(١٤) إذا تعثرت أثناء صعودي/ نزولي السلم في الكلية فإنني:

- أنهض بسرعة وأحاول متابعة المشي بشكل عادي.
- أشعر بالضيق والحرج.
- أرتبك وأتصبب عرقاً؛ خوفاً من أن يكون حد خد باله.

(١٥) إذا رغب أحد الزملاء في يصبح صديق لي فإننى:

- أرحب بذلك.
- أتردد في الأمر ولكني أوافق.
- أحبذ الاقتصار علي صديقي فقط .

(١٦) إذا شعرت بأننى لم أفهم جزئية معينة من المحاضرة فإنني:

- أرفع يدي واطلب من الدكتور إعادتها.
- أرفع يدي بعد تردد.
- أفضل أن أفهمها بمفردي .

(١٧) إذا اختلفت على موضوع معين مع زملائي فإنني:

- لا أبالي لأن الخلاف في الرأي لا يفسد للود قضية.
- أقف ساكناً ولا أتكلم.
- أبتعد عنهم لشعوري بالحرج والدونية.

(١٨) إذا رغبت في عمل الكارنية فإنني:

- أسرع في الذهاب لشئون الطلبة لاستخراج الكارنية.
- اتباطئ في الذهاب إلى شئون الطلبة.
- أبحث عن أحد يستخرجه لي.

(١٩) عندما يخبرني أبى/أمي بزيادة أحد أقاربنا فإنني:

- أود في مقابلته.
- أشعر برغبة في عدم مقابلته ثم أقابله.
- أبحث عن حجة لوالدي لكي لا أقابلهم.

(٢٠) إذا سأل أساتذي سؤالاً في موضوع المحاضرة فإنني:

- أسرع في رفع يدي .
- أرفع يدي بعد تردد.
- أمتنع عن رفع يدي.

(٢١) إذا جلس بجانبي مجموعة من الزملاء في المدرج فإنني:

- ابادءهم الحديث.
- ابادءهم الحديث بعد تردد .
- لا أبادهم تخوفاً من عدم ترحيبهم بي.

(٢٢) عندما أرغب في الذهاب لكلية فإنني:

- أبادر على الفور بالذهاب.
- أتلكأ كثيراً لعدم ذهاب أحد معي.
- أنظر كثيراً في المرآة حتى لا يسخر مني الآخرين.

(٢٣) عند قيامي بعمل تلخيص لأحد الكتب ووجدت نفسى غير قادراً عليه بمفردي فإنني:

- أطلب من زملائي توزيع فصول الكتاب علينا لتلخيصه.
- أطلب منهم ولكن بعد تفكير.
- أحاول عملهم بمفردي لأننى اعتقد أنهم سيخذلوننى.

(٢٤) عندما أكون سائراً في طريقي وسمعت بعض الأفراد يضحكون فإنني:

- لا أبالي وأمضي ساكناً.
- أشعر بالضيق والحرج نوعاً ما.
- أنظر إلي ملابسي بسرعة تخوفاً من يكونوا يضحكون علي.

(٢٥) اذا قابلت أخى /أختي مع أحد أصدقائه فإنني:

- أرحب بصديقه/ صديقتها وأتعرف عليه.
- أذهب معهم وأنا مضايق.
- أقف بعيداً وأنادي أخي.

(٢٦) إذا سأل أستاذ المادة عن أحد يساعده في عرض موضوعاً معيناً فـــي المحاضرة فإنني:

- أهم على الفور في مشاركته .
- أذهب لمساعدته بعد تفكير.
- أمتنع عن مشاركته.

(٢٧) إذا تأخرت عن موعد المحاضرة فإنني:

- اسأل زملائي عن موضوع المحاضرة.
- اسألهم بعد تردد.
- أمتنع عن سؤالهم تحسباً من الحرج.

(٢٨) عندما أكون ذهاباً لاستخراج مـــستند رســـمي مـــن أحـــد المـــصالح الحكومية فإنني:

- أستعد للذهاب.
- أبحث عن أحد يذهب معي.
- أشعر بمغص شديد في بطني ، فلا أذهب.

(٢٩) إذا دعيت لحضور حفلة لأحد أصدقائي فإنني:

- أجهز ملابسي لحضور الحفلة .
- أذهب مع صديقي أو أحد أقاربي.
- أمتنع عن الحضور.

(٣٠) عندما يطلب منى أبى/ أمي الرد على أحد أصـــدقائه فـــي التليفـــون فإنني:

- أرد فوراً.
- أرد بعد تردد.
- أرفض ذلك بشدة خوفاً من لا يعجبه ردي.

(٣١) إذا قابلنى أحد جيراني وأنا خارج من المنزل فإنني:

- أسلم عليه .
- أسلم بصوت منخفض.
- أتجاهله وكأني لم أراه.

(٣٢) إذا طلب منى أحد أصدقائي الإنضمام إلى أي نشاط في الكلية فإنني:

- أسرع بالقبول والانضمام.
- أوافق بعد تردد.
- أرفض لأن الآخرين لا يعجبهم آدائي.

(٣٣) إذا أعلنت الكلية عن قيام رحلة تقوم بها إلى أحد المعالم السياحية المصرية أو الى الملاهي فإنني:

- أبادر بالحجز فور علمي بذلك.
- أفضل أن يقوم زملائي بالحجز لي.
- أشعر برغبة قوية في عدم الذهاب.

(٣٤) عندما أذهب لتناول الطعام في مطعم مع أحد أصدقائي وسألنى الجرسون ماذا تأكل:

- أطلب من الجرسون قائمة بالمؤكلات.
- أطلب من أحد أصدقائي أن يرد على الجرسون.
- أتصبب عرقاً ويحمر وجهي وأمتنع عن الكلام.

(٣٥)إذا دخلت إلى المدرج وهو فاضي فإنني:

- أفضل الجلوس في الصفوف الإمامية.
- أفضل الجلوس في الوسط.
- أفضل الجلوس في أقرب مكان قريب من الباب.

(٣٦) إذا طلب منى أستاذي قراءة اسماء الطلبة الحاضرين فإنني:

- اقرأ الأسماء على الطلبة بصوت عالي.
- أتوتر وأحاول القراءة بصوت مسموع.
- ينحبس صوتي فلا استطيع القراءة.

(٣٧) إذا اضطررت للذهاب مع أسرتي لحفلة فإنني:

- أبادل الآخرين الحديث.
- أتلعثم عندما أحاول التحدث.
- أمتنع تماماً عن الكلام.

(٣٨) إذا طلب منى أحد اصدقائي الذهاب معه بعد الكلية لشراء بعض الأشياء فإنني:

- أرحب بذلك وأذهب معه.
- أذهب معه بعد تردد.
- أعتذر له واتحجج بأن عندي صداع.

(٣٩) إذا طلب منى أحد زملائي أن يصبح مـــن أصـــدقائي علـــى الكونـــت الخاص بي على الفيس بوك فإنني:

- أوافق بسرعة.
- أوافق بعد تردد.
- لا أرفض قبل أن استشير أحد أصدقائي.

(٤٠) إذا فاجئنا أحد أصدقائي على الفيس برد سخيف لا يعجبنى فإنني:

- أرد عليه بكل جرأة.
- أرد وأنا متخوف من رده.
- أمتنع عن الرد عليه.



كلية التربية
قسم الصحة النفسية

ملحق رقم (٣)

الجلسات التنفيذية لبرنامج العلاج بالتعريض المعد للتخفيف من الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة

إعداد

دعاء محمد عبد العظيم مبارك
المدرس المساعد بقسم الصحة النفسية
كلية التربية – جامعة بنها

تحت إشراف

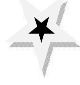
أ.د/ أشرف عبد القادر
أستاذ الصحة النفسية ووكيل الكلية لشئون الدراسات العليا والبحوث
كلية التربية – جامعة بنها

أ.م.د/ تحية عبد العال
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية – جامعة بنها

٢٠١٢

المحور الأول: جلسات التهيئة أو التمهيد، وتشمل خمس جلسات

الجلسة الأولى (جماعية): (مدتها : ٤٥ دقيقة)

عنوان الجلسة: الجلسة التمهيدية: 

هدف الجلسة:

هدفت الجلسة إلى إقامة علاقة ودية بين الباحثة وبين حالات الدراسة، من خلال تبادل بعض المعلومات والبيانات الشخصية بينهم، في جو يسوده الألفة والمودة.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية تقديم الذات – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

رحَّبت الباحثة بالطلاب المشاركين في البرنامج العلاجي(المجموعة التجريبية) جميعاً بإلقاء التحية عليهم والابتسام في وجههم، قائلة إزيكم عاملين إيه، أحب أعرفكم بنفسي، أنا أختكم الكبيرة أ/دعاء مدرس مساعد عندكم في الكلية ، بس مش الكبيرة قوي(على سبيل الدعابة)، فضحك الجميع. فقالت الباحثة: إنتوا ماشوفتونيش ما كدة، فرد الجميع، بصوت منخفض لأ فاكرينك ساعت ما طبقت علينا المقياس الخاص بك، ودلوقتي تبدأ الباحثة في توزيع بطاقات تحتوي على الأسم والسن والكلية ، ماذا يحب أو ماذا يكره وغيها من البيانات الشخصية العادية التي تثير نوعا من الألفة بين الباحثة والطلاب. وطلب منهم ملأ هذه البيانات في البطاقة وبعدها ملأت الباحثة هي الأخرى بطاقتها ووضعتها في الصندوق، وطلبت منهم وضع بطاقاتهم فيه.

وقالت الباحثة إحنا دلوقتي هانلعب لعبة عروستي ، اللي هتكون كـــدة: وتسحب الباحثة البطاقة الخاصة بها(لأن لونها مختلف عن باقي البطاقـــات)، وتقول عروستي أسمها دعاء، متجوزة وعندي بنت زي القمر إسمها نرفـــان، وعندي ١٦ سنة، فضحك الجميع وقالولي إحنا كدة أكبر منك، حلـــو قـــوي دلوقتي بقى هانسحب بطاقة تانية، وبالفعل سحبت الباحثة بطاقة لأحد الطلاب ولتكن (م.ك)، وتلمح الباحثة إلى أنها هتعرض ديالوج دار بينها وبـــين هـــذه الحالة على سبيل التوضيح لا الحصر، حيث أن الباحثة قامت بعمل ديـــالوج مشابه مع بقية الحالات.

فقالت لها الباحثة إية رأيك لو نتعرف على (م.ك) أكثر مـــن خـــلال لعبة "عروستى"، تيجي نبدأ ، فبدأت الباحثة البرنامج متقمـــصة دور المذيعـــة قائلة : بسم الله الرحمن الرحيم، أهلاً وسهلاً بكم فى حلقة جديدة من البرنامج المحبوب "عروستى"، ويا ترى مين هتكون عروستى إنهاردة؟

عروستى إنهاردة هي

عروستي : أنا أسمي (م.ك)

عروستي: وعندي ٢٠ سنة ، "٣" وتلت شهور في الفرقة الثالثة مـــن كليـــة التربية شعبة تربية فنية.

عروستي: أنا لست طالبة بس بسافر كل يوم بالقطر، علشان أنا من الباجور محافظة المنوفية بوصل البيت كل يوم الساعة "٦" بالليل.

وقد نهضت الحالة وطلبت مني التحدث إلي قائلة، أنا اللي جتلك وقولتلك أناعندي حاجات كتير من اللى إنت طبقتيه علينا في المقياس، فردت الباحة قائلة إنت عاملة إيه دلوقتي، الحالة: كويسة، الباحثة تعالي نتعرف أكتر.

الباحثة : أنتي بتحبي الكلية؟

عروستي:علشان كده أنا ساعات كثير مابتحبش أجاي الكلية دي، أصـــل أنـــا بتعب كثير أوى على ما باجي هنا.

الباحثة: أنت مالكيش صحاب؟

عروستي: أنا ماليش صاحب كثير، مع إن في ناس كثير معايا مـــن الكليـــة ومن فرقتك بتركب معايا القطر بس بحس إن هما مش عـــايزين يتكلموا معايا.

الباحثة: إيه رأي بابا وماما؟

عروســـتى: بابا وماما بيخافوا علي قوى وديما وبتقوللي أمشى مع زميلك وما تمشى لوحدك بل أنا عمل إيه.

الباحثة: يعنى أنتى ما تحاوليش بتكلموهم أبداً؟.

عروستى: ساعات وساعات بحاول أتكلم مع حد فيهم، وساعات هم بيتكلمـــوا بل مش ديماً.

الباحثة: بتيجي كل يوم فى الأسبوع؟.

عروستي: أنا ما بجيش كل يوم الكلية، باجي ٤ أيام، ويوم تربية عملي .

الباحثة: أنت عاملة أيه فى التدريب الميداني؟

عروستى: ما بحبوهوش، يوم رخم وطويل، والطلبة صعب التعامل معـــاهم، دا غير أن المدرسين في المدرسة صعبين قوي.

الباحثة: أنت بتغيبى فى التدريب ده؟.

عروستى: مش ديماً، بس ما بحبش أروحه، أصل أنا مبحبش أدخل الفصل لوحدي، ومبحبش اشرح فى الفصل، وأحب أى حد من زميلي يدخل معايا، أصل أنا مبحبش إن كل اللي حواليا ببيصوا عليا، ويضحكوا عليا، وساعات ما بقدرش أتكلم، وبحس أن أنا مش فاكرة الدرس، وبحس كما إن أنا متوترة وخايفة منهم.

الباحثة: تلاقكي فرحانة إن العيال خايفين يرحو المدرسة؟.

عروستى: أوى أوى فساعات كثيرة باجي أدخل الفصل ما لاقيش إلا طالب ولا أيثين، بس برضوا ساعات بيجمعوهم فى فصل واحد ويدخلوا أى بنت فينا ليهم، بس ما بدخلوش.

الباحثة: أنتى عاملة أيه فى البيت؟.

عروستى:عادي، ماما وبابا فى الشغل، وأخواتي كل واحد فى حياته ومدرسته، محدش فاضى لحد.

الباحثة: يعنى إنت ما بتكلميش حد فيهم؟.

عروستى: لأ بكلمهم بس هم مش فاضيين.

الباحثة: بتحبى أخواتك ؟.

عروستى: بحب أخواتي وماما وبابا .

الباحثة: بتحبى تخرج معاهم ؟.

عروستى: لأ أنا ما بحبش أخرج، أصل ماما بتروح تشترى حاجات للبيت، وأنا ما أورح معاعها ، وبعدين بتأخر أقوى وأنا ورايه مذاكرة.

الباحثة: يعنى أنت بتذاكري وشاطره على كدة؟
عروستى: مش قوى، بس أنا بذاكر كويس.

الباحثة: بيزوركوا ناس كثير؟
عروستى: بيجوا لبابا ولماما، بس ما بقدعتش معاهم، أن باقعد فى الشقة إلي فوق، أصل أحنا بيتنا ٣ أدوار، بقعد أنا فوق أذاكر أصل.

الباحثة: طيب لو جالك بنات خالك أو عماتك أو جيرانك؟
عروستى : ماش بقعد معاهم، بس ما بطوليش فى القعدة.

الباحثة: بتحبى تتكلمى مع حد فى الشارع بتعاك؟
عروستى: أنا غير مختلطة بأي حد في الشارع، وساعات بقولهم سلام عليكم، وساعات كثير لأ وأنا معدية عليهم، بل ساعات كثير مابيردوش علي أو الله أعلم يمكن مش سامعين، وساعات بسمعهم بيضحكوا مش على طيب بيضحكون على مين، مش عرفها !.

يمكن بيضحكوا على أي حاجة تانية مش شرط تكوني إنت المقصودة، على كلٍ أنا بشكرك على صراحتك وحسن اهتمامك، وسألتها الباحثة إنت كان نفسك تسألي نفسك سؤال أنا ما سألتوهش بصراحة؟. فردت الحالة: لأ، وأنا فرحانة لأن أنا اقعد معاك، وأتفقت الباحثة والحالة على موعد الجلسة القادمة وأكدت عليها الباحثة على الحضور بعد إعطاءها هدية بسيطة تعبر عن صدق سعادتها، وفي النهاية تشكر الباحثة الحضور وتكلفهم بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

أحضر ورقة واكتب عليها اسمك أو رقمك السري الخاص بك، ثم أكتب وصفاً شاملاً لكل دار في الجلسة وما رأيك فيها، وما مقترحاتك تجاهها؟

الجلسة الثانية: جماعية مدتها (٤٥ دقيقة)

عنوان الجلسة: تعريف عام بالبرنامج

هدف الجلسة:

هدفت الجلسة إلى التأكيد على استمرارية التآلف والمودة بين الباحثة وحالات الدراسة، وتعريفهم بطبيعة البرنامج من حيث أسسه وأهدافه وأهميته بالنسبة لهم.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

المحاضرة والمناقشة – النمذجة – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

رحَّبت الباحثة بالطلاب المشاركين في البرنامج العلاجي(المجموعة التجريبية) جميعاً بإلقاء التحية عليهم والابتسام في وجههم، قائلة إزيكم عاملين إيه، ثم شكرتهم على الالتزام بموعد الجلسة وقالت لهم كيف حالكم اليوم، فردوا عليها بخير والحمد لله، فقلت لهم: عملتوا الواجب التي طلبت منكم في الجلسة السابقة؟ أيوه، وستقوم الباحثة بعرض ديالوج دار بينها وبين الحالة (م.ك)على سبيل التوضيح لا الحصر، حيث أن الباحثة قامت بعمل ديالوج مشابه مع بقية الحالات.ومثال ذلك كما يلي.

الباحثة: عاملتي الواجب المطلوب منك.

الحالة: أيوه عملته.

الباحثة: عايزة أقوليه، وللا أنت كتبتيه في ورقة؟.

الحالة: أيوه أن كتبته فى ورقة، تفضلي.

الباحثة: تتسلم الورقة من الحالة، وتقول لها ممكن تقرأيها يا (م. ك).

الحالة: ماشى، إنا كنت دايماً حاسة بأن أنا عايزة أمشي، وأسيبك وأروح، أصل أنا كنت خايفة منك، فى بداية ما قعدنا مع بعض، بس فى الآخر حاست أن أنا مش خايفة، وممكن أقعد أكثر من كدة كمان.

الباحثة: دى شئ كويس أقوى بس يا ترى أنت ليس خايفة منى زي المرة اللى فاتت .

الحالة: لأ ، أنا كويسة المرة دي، وحاسة أن أنا فرحانة لما شوفتك.

الباحثة: وأنا كمان يا حياتي؛ ممكن بقى نبدأ جلسة إنهاردة، ممكن تحكيللي عن حاجة شوفتها في التليفزيون أو سمعتي عنها، أو أغنية سمعتيها وحاسيتي إنك أنت مبسوطة وسعيدة.

الحالة: أيوه أنا بحب أسمع وائل جسار، الشريط اللي منزله في حب الرسول.

الباحثة: وأنا كمان بحب الشريط ده، بتحبى منه أيه بالضبط .

الحالة: كل أغانيه.

ولقد استمعت الباحثة للحالة بشغف واهتمام حتى أنهت حديثها ثم قالت لها برافوا عليك يا **(**م.ك**)**، أنت بنت جميلة ولذيذة، وأنا مبسوطة منك قوي **(**كنوع من رفع معنويات الحالة، وبث روح التفاؤل والثقة بالذات وبقدرتها**)**.

وتنوح الباحثة بالعلم على أنها قامت بالاستماع لكل حالة من الحالات السبع وتناقشت معهم، وكنها خصت بالذكر هذا الحالة "**م.ك**" لمجرد التوضيح لا الحصر.

ثم انتقلت الباحثة للجزء الثاني من الجلسة، وهو التعريف بالبرنامج والهدف منه وأهميته بالنسبة لعينة الدراسة قائلة لهم : إنتوا عارفين إن البرنامج بتعنا ده هدفه إيه؟ ولاهنعمل فيه إيه؟.

واستخدمت الباحثة هذا الأسلوب كنوع من التشويق، وأيضاً لإثارة انتباههم لها، ثم ردت على نفسها قائلة البرنامج العلاجي دا عبارة عن ثلاث محاور: المحور الأول، فخاص جلسات التهيئة والتمهيد، بينما المحور الثاني، فخاص بجلسات العلاج، وأخيراً المحور الثالث، خاص بجلسات إنهاء البرنامج، والمحور الثاني هنعملوا على ثلاث مراحل: **الأولى،** عن التخيل والتفكير، **والمرحلة الثانية،** هنشتغل على الكمبيوتر في مواقف للمواقف الافتراضي، **والمرحلة الثالثة،** ها نخرج مع بعض وندرب على إلي أحنا تعملناه في المرحلتين إلي فاتوا. بس لازم نلتزم بحضور الجلسات كلها علشان نحقق اللي أحنا عايزين نعملوا، وفى آخر كل جلسة هيكون فيه واجب بسيط، اللي هيعمله هياخد مكافأة مني.ثم تبدأ الباحثة في سؤالهم واحد واحد عن اللي فهموا، وفيما يلي عرض لما دار بيني وبين الحالة (م.ك) على سبيل العرض والتوضيح لا الحصر

الباحثة: إيه رأيك يا (م.ك) في البرنامج، عندك أي سؤال أو استفسار في اللي أنا قولته دلوقتى، قولي ما تخافيش من أي حاجة، وعلشان نساعد بعض، وعلشان نوصل إلى أحسن حالة. ولكن الباحثة لاحظت أن الحالة لم تبدي أية أسئلة حول أي شئ ، أو استغراب حول البرنامج.

- وفى نهاية الجلسة اقترحت الباحثة لحالات الدراسة بالقيام بأي نشاط محبب لهم، وأن يؤده ثم يخبروها عما شعروا به في الجلسة القادمة.ثم شكرتهم الباحثة واتفقت معهم على موعد الجلسات القادمة وودعتهم بابتسامة رقيقة مؤكدة على أنها ستنتظرهم في موعد الجلسة القادمة إن شاء الله.

الواجب المنزلي:

- طلب الباحثة من الطلاب كتابة موقف سعيد لها مع توضيح المشاعر والأفكار التي شعروا بها أثناء القيام بهذا الموقف؟ كما طلبت منهم كتابة موقف آخر غير سعيد مر عليها مع توضيح مشاعرهم وأفكارهم في هذا الموقف؟.

الجلسة الثالثة: جماعية – مدتها (٤٥) دقيقة

عنوان الجلسة: توضيح مفهوم الفوبيا الاجتماعية وأهم أعرضها.

هدف الجلسة:

هدفت الجلسة إلى إعطاء حالات الدراسة فكرة عامة عن الفوبيا الاجتماعية وما هي أهم مظاهرها ونظرياتها المفسرة لها، وبعض الأمثلة الموضحة لها.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

أسلوب المحاضرة والمناقشة – فنية النمذجة – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

رحبت الباحثة بالطلاب بإلقاء التحية عليهم والابتسام لهم، ثم سألتهم الباحثة عن الواجب المنزلي الذي كلفتهم به في نهاية الجلسة الماضية فأجابوها بأنهم أتمتوه، فشكرتهم كثيراً على اهتمامهم بالإجابة عليه على الرغم مما تحملوا من عناء السفر، والمحاضرات ومهام الكلية وقرب الامتحانات، ثم بدأت تناقشهم فيه، وفيما يلي عرض للحوار الذي دار بين الباحثة والحالة (م.ك) على سبيل التوضيح:

الحالة: أن مررت بموقف سار شعرت بأني متفائلة ومبسوطة حيث كان والدي مسافر، ورجع من السفر الأسبوع اللي فات، وأنا بابا كان وحشني أقوي وكان كل اللي في البيت فرحان، ماما وأخواتي.

أما عن الموقف غير السار اللي مرّت به، وهو أنا عندي سكشن عملي، فسألني الدكتور في السكشن عن طريقة عمل بروفيل لمنزل من الورق الكرتون، فلم استطع الإجابة، بالرغم من أني أعرف أعمله، بس مش عارفة ليه ما عرفتش أجاوب، حاست أن الكل في السكشن كان يبص علي، وكنت عايزة أخرج من المعمل أصل أنا اتحرجت وارتبكت قوي، وبقت طول اليوم مش سعيدة ومش مبسوطة، ومع إن كل زميلي كلموني بس أنا مكنتش مبسوطة، وروحت على طول للبيت، وبقيت مسيطرة على فكرة أن أنا مش قادرة أخرج تاني علشان أروح الكلية ، وإني مش هاعرف أحضر السكشن دا تاني.

ولقد رأت الباحثة أن هذين الموقفين أكثر ارتباطاً بطبيعة العلاقة بين أسرتها في المنزل، وأيضاً التفاعلات والنشاط داخل الكلية، وأكثر ارتباطاً بطبيعة الحالة وخصائص شخصيتها، واستنتجت من الموقف السابق أن تعاني من قصور شديد في المواقف التي تتطلب منها أداءً معيناً، كما أنها تعاني من شعور بضعف في الثقة بالذات وشعور قوي بالنقد والحساسية الزائدة للتقييم السالب من قبل الآخرين، ثم شكرتها الباحثة على اهتمامها بالواجب المنزلي قائلة لها :

"برافو عليك، أنتي ممتازة وشاطرة وتستهلي هدية حلوة أنا جبتها لك"

يا لا نبدأ جلسة اليوم، أحنا انهاردة هنعرف يعنى إيه الفوبيا الاجتماعية وإيه هي مظاهرها وبعض الأمثلة عليها، موضحاً أن الفوبيا الاجتماعية مرتبطة بموقف واحد أو أكثر من مواقف التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين، وخاصة في المواقف التي يكون الفرد فيها معرضاً للنقد أو توقع التقييم السالب من جانب المحيطين به، وتعرف على أنها خوف غير منطقي ملحوظ لواحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية، التي تجعل الفرد فيها تحت الميكروسكوب، فيشعر دائماً بأنه مراقب ممن حوله، ودائم الشعور بعجزه عن تكوين صورة جيدة عن ذاته أمام الآخرين، فلا يستطيع تكوين علاقات جديدة معه، حيث ينتابه خوف شديد من هذه المواقف فيضطر إلى الانسحاب منها أو تجنبها، مما يعزز استجابة الخوف لديه.

الباحثة:شوفتي يا (م.ك) أنت حصلك إيه فى السكشن وإزاي أنك خوفتى وما عرفتيش تكلمي وتجوبي على السؤال، بس عايزاكي تقولي أنت حاستي بإيه كمان.

الحالة : أنا كنت حاسة بالارتباك والحرج وأن أنا مش عارفة أنطق.

الباحثة: أيو أنا عارفة، أنا قصدي أي حاجة تانيه.

الحالة: أيوه كانت أيدي بترتعش، وقلبى يدق بسرعة، وإن وشى أحمر ومش عارفة أبلع ريقي.

الباحثة: بالضبط كل هذه الأعراض هي اللي بتصاحب الفوبيا الاجتماعية، بس هي بتختلف من شخص إلى آخر.

وأكدت الباحثة للحالة أن علاج الفوبيا الاجتماعية ليس أمراً مستحيلاً ولكنه أمر يحتاج إلى إرادة وهمة، ثم حكت الباحثة قصة البنت التي كانت تحب الإذاعة قوي في المدرسة، وكانت دائماً ما تحاول أن تذيع أمام المرآة ولكن لما وقفت في المدرسة لإلقاء الإذاعة المدرسية لم تتمكن من التحدث تماماً، وانسحبت من الإذاعة، ولكنها عن طريق إصرارها على مواجهة هذا الموقف، استطاعت أن تتغلب على خوفها وقلقها وأصبحت قادرة على التفاعل والتحدث في الإذاعة المدرسية، ثم تسأل الباحثة الحالة عن رأيها في هذه البنت قائلة:

الباحثة: إيه رأيك في القصة اللي فاتت؟.

الحالة: قصة حلوة بس ممكن أن أكون ذي البنت دي وأقدر أكلم براحتي ومخافش من حد، وبقى واثقة من نفسي كدة.

الباحثة: ممكن تكوني أحسن منها كمان، عارفة ليه !! علشان أنت عايزة كده لازم تكون عندك إرادة جامدة وصبر علشان تقدري تتحكمي في خوفك وترتبي أفكارك وتوجيهها بشكل صح، وما تنسيش كمان المواظبة على البرنامج، وأنتي ذكية وفطنة وإن شاء الله هتقدري

تتغلبي على خوفك. ثم تشكر الباحثة الحالة وتعززها ووعدتها باللقاء في موعد الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

كلفت الباحثة حالات الدراسة بكتابة الدروس المستفادة من هذه القصة التي ذكرتها الباحثة في الجلسة السابقة؟

الجلسة الرابعة : فردية (مدتها : ٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: *التهيئة التفاعلية، وتدريبات مبدئية .*

هدف الجلسة: تهدف الجلسة إلى توطيد العلاقة بين الباحثة وحالات الدراسة

- كل على حدة في عمل بعض التدريبات على الاسترخاء والتخيل.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

- فنية الاسترخاء – فنية التخيل– فنية النمذجة – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

رحبت الباحثة بالحالة (م.ك) وإطمئنت على أحوالها في المذاكرة والكلية، ثم سألتها عن الواجب الذي كانت قد كلفتها به في نهاية الجلسة الماضية. فأجابت الحالة أنها قد كلفتها بأن كتبت الدروس المستفادة من قصة البنت اللي كانت بتخاف من مواجهة الناس في الإذاعة المدرسية.

الباحثة: برافو وعملتيه.

الحالة: أيوه طبعاً، أن فهمت أن كـل شـيء صـعب بـالإرادة والعزيمـة والمواجهة ممكن يكون سهل

الباحثة: برافو عليك أنت ممتازة، ما تيجي نبدأ جلسة إنهاردة وهـي بعـض التدريبات البسيطة والسهلة واللي هاتخليكي تحسي إنك كويسة ومش متوترة وخايفة.

الحالة: ماشي.

الباحثة: أسمعي التعليمات التي ها أقولك عليها ونفذيها بالحرف وأنا هاعمـل معاكي التدريب ده، يا لا نبدأ .

التدريب الأول: التدرب على الاسترخاء.

الباحثة: أغمضي عينيك ولا تفكري في أي شيء، وتخيلي موقـف سـعيد، واستحضري حالتك الانفعالية (السعادة) وأنتي في الموقف ده.

- خذي نفس عميق (شهيق وزفير) وكرريه (٤ مرات).
- أسندي رأسك.
- ضعي أحد يديكي على صدرك والأخرى على بطنك مكان السرة.
- خدي الهواء بشكل بطئ عن طريق الأنف حتى يلاحظ ارتفـاع يـديك الموضوعة على بطنك قليلاً.
- احبس الهواء في رئتيك لمدة ٣ – ٥ ثواني.
- أخرجي الهواء بشكل بطئ ولكن عن طريق الفم، حتـى تعـود يـدك الموضوعة على بطنك كما كانت.
- كرري هذه العملية ثلاث مرات بحبس الهواء، ومرتين بـدون حـبس الهواء حتى تسترخي وتستكين جميـع عـضلاتك وتـشعرين براحـة والهدوء.

وفى هذا التدريب تقوم الباحثة به أولاً (كنموذج)، ثم تطلب من الحالة تقليدها حيث تترك الحالة لتقوم بها وحدها أمام الباحثة.

الباحثة : برافو عليك إنت رائعة يا (م. ك) وتستهلي هدية حلوة زيك.

التدريب الثاني: التدريب على التخيل(مدته ٣٠ دقيقة):

يا لا زي المرة اللي فاتت، أسمع اللي أقولك عليه ونفذيه، أقعدي على الكرسي، واسندي رأسك لوراء وما شبكيش أيديك ولا رجليكي، وإغمضي عينيك واسترخي.

الباحثة: تخيل أن عندك دبدوب كبير لونه أحمر، موضوع على مكتبك في غرفة نومك، تقدري توصفي لي إيه الموجود في الغرفة دي .

الحالة: انا غرفتي صغيرة قوي ومش كبيرة فيها سرير ومكتب ودولاب صغير كمان وهي لونها باج، فيها سجادة صغيرة برضوا، وأنا حطة الحيطة صور ميكي موس، أصل أنا بحبه أقوي، أصل أنا وأنا صغيرة كنت بحب اتفرج على التلفزيون قوي وخصوصاً أفلام الكرتون أكثر من اللعب مع أخواتي.

الباحثة: برافو، بس أنتي ما قولتيش هي غرفتك فيها كراسي ولا لأ؟.

الحالة: أيوه فيها كرسي واحد نقعد عليه وأنا جاي أذاكر.

الباحثة: عندك تسريحة.

الحالة: لأ، بس عندي مرآة في الدولاب، عموماً بحب أفضل في غرفتي كثير قوي، ومابحبش أخرج كثير منها.

الباحثة: برافو عليكي يا (م.ك) أنت شاطرة قوي.

- وقد رأت الباحثة من خلال هذا التدريب تنشيط ذاكرة الحالة وقدرتها على استرجاع أو تذكر الأحداث اليومية العادية في حياتها، وعقبت الباحثة علـى نقطتين هامتين ذكرتها الحالة أثناء تخيل غرفة نومها، حيث قالت أنها كانـت" بتحب تفرج على التليفزيون وهي صغيرة، أكثر مـن اللعـب مـع أخوتهـا أوأقرانها"، ونقطة أخرى هامة أيضاً قالت أنها "ما بتحبش أخرج من غرفتـي وبحب أقعد لوحدي".

- هاتين العبارتين تؤكد على أنها من صغرها وهي قليلة الكلام غير محبـة للتفاعل أو التعامل مع الآخرين، متمركزة حول ذاتها.

- وفى نهاية الجلسة تشكر الباحثة الحالة، وذكرتهـا بموعـد الجلـسة القادمة ثم انصرفت بعد تكليفها بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

- تخيلي نفسك مذيعة في برنامج إذاعي، واذكري نوع البرنامج التـي تودين العمل به مع ذكر كل ما تشعرين به أثناء تأدية هذا البرنامج؟

الجلسة الخامسة: فردية (مدتها ٦٠ دقيقة):

عنوان الجلسة: إعداد هرم التعريض.

هدف الجلسة: تهدف الجلسة على مساعدة الحالة عن الكـشف عـن هويـة خوفها وسببه، وماهية علاقتها بالمحيطين بها، والكشف عن تدريجية المواقف التى تثير لديها درجة كبيرة مـن الخـوف تمهيداً لعمل مدرج للخوف الخاص بها من أجل إعداد هـدم التعريض.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

- فنية الاسترخاء – فنية التخيل – التعزيز– الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

- بدأت الباحثة جلستها بالترحيب بالحالة والسؤال عن أحوالها، ثم ناقشتها في موضوع الجلسة السابقة وعن التدريبين التي سبق التدرب عليهما، وطلبت منها عمل هذين التدريبين مرة أخرى في هذه الجلسة، وأكدت عليها أنه من أهم أسباب الشفاء هو وجود رافع قوي لديها كنتيجة لإرادة قوية يى التغلب على خوفها وتوترها، ثم راجعت معها الواجب المنزلي قائلة: **يا ترى تخيل برنامج إيه وأنت بتذيع فيه؟ !**

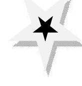
- **الحالة** : أنا حبيت أتشغل مذيعة في برنامج بتكلم عن مشاكل الشباب، وعن المشاكل اللي بتقابل البنات والأولاد في المرحلة الجامعية وغيرها، وبيكون هناك اتصال على الهواء وكل واحد يحكي مشكلته وتحاول المذيعة محاولة حلها معاهم

الباحثة : ويا ترى حد أتصل بكي؟

الحالة: أيوه، في بنت اتصلت بي وقالت أن عندها مشكلة في أنها كل ما يتقدم لها عريس ويطلب منها أبوه وأمه تقعد معاهم تخاف من أن يكون ردها غير لائق أو ما تعجبهمش كلامها لاي سبب من الأسباب، والموضوع دا مزعل منها كل أهلها، لأنها بانت وكأنها مش عايز تتجوز.

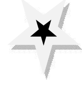
الباحثة: وأنت رادتي عليها بأيه ؟

الحالة: أنا أقولتلها أقعد معاه وأنت واثقة من نفسك وما تخافيش من حد ولا من أبوك ولا أمك وهي وعدتي بكدة.



الباحثة: برافو عليك يا (م.ك)

وترى الباحثة أن الحالة هنا قامت بعمل تنفيس انفعالي عما يدور بداخلها، حيث أنها سبق وأخبرتنى أنها بتخاف حتى تخرج تسلم على أي حد جاي في البيت، وأنه دائماً الخلاف مع أمها في هذا الأمر وأن خرجت تقابلهم ما تتكلمش معاهم وبتفضل ساكتة.



ثم انتقلت الباحثة لموضوع الجلسة الحالية حيث أعطت الحالة بطاقة تشتمل على عدد من المواقف، وطلبت منها ترتيب تلك المواقف من حيث الأقل إثارة للخوف بالنسبة لها انتقالاً إلى الأعلى إثارة للخوف لها، وكانت اجابتها كالتالي على تلك المواقف:

- ❖ الأكل في مطعم يقدم وجبات سريعة. رقم (٩)
- ❖ القراءة بصوت عال أمام شخص معروف بالنسبة لها. رقم (٢)
- ❖ قراءة حالة غير مألوفة بصوت عال أمام شخص ما. رقم (١٢)
- ❖ إلقاء التحية على شخص من عمرها، شخص تعرفه ولكن ليس بشكل جيد رقم(١)
- ❖ طلب الطعام من الجرسون في المطعم. رقم (١٠)
- ❖ إلقاء التحية على أشخاص لا يعرفهم. رقم (٦)
- ❖ إلقاء محاضرة صغيرة أمام مجموعة من الأفراد الذين تعرفهم. رقم (٥)
- ❖ الانضمام إلى مجموعة من الأفراد، ولكن ليس من المفروض عليه التحدث لهم. رقم(٨)

- تقديم تقرير مطلوب منك في المحاضرة.رقم (٧)
- التسوق مع أشخاص تعرفهم. رقم (٣)
- التحدث مع الآخر، مع الإفصاح كما بداخلك له. رقم (١٧)
- طلب معلومات معينة في السلعة من البائع. رقم (١٤)
- تقديم النفس أمام شخص لا تعرفه. رقم (١١)
- الخروج في رحلات مع أشخاص تعرفهم. رقم (٤)
- استرجاع سلعة لا تعجبك إلى البائع. رقم (١٦)
- الانضمام إلى مجموعة من الأفراد. رقم (١٣)
- إلقاء كلمة أمام الآخرين غير المألوفين بالنسبة له. رقم (١٥).

ومن خلال إجابة الحالة على البطاقة السابقة لوحظ أن أقل هذه المواقف إثارة للخوف هي المواقف التي تتمثل في عمل أداءً معيناً أمام أشخاص مألوفين بالنسبة لها، ثم انتقالاً إلى الأشخاص غير المألوفين بالنسبة لها.

فبدأ بإلقاء التحية على أشخاص تعرفهم وصولاً إلى الإفصاح عما بداخلها للآخر حيث اعتلى قسمة هرم الخوف لدى الحالة، مما يؤكد على تمركز الحالة حول ذاتها غير محبة لتفاعل مع المحيطين بها، كما أنها قليلة الأصدقاء، ومن الملحوظ أن جميع المواقف الموجود في البطاقة غير مخيفة بطبيعتها، ولكن الحالة اعترفت بأنها تخاف منها جميعاً ولكن بدرجات متفاوتة. وفى النهاية تشكر الباحثة الحالة وتعززها على تعاونها الصادق في هذه الجلسة وتكلفها بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

- تخيلي نفسك في موقف من المواقف السابقة واكتبي ما تشعرين به أثناء مواجهتك لهذا الموقف، وما هي نظرة لذاتك وما هي الأخطاء التي وقعت فيها؟.



المحور الثاني من البرنامج العلاجي المشتمل على الجلسات العلاجية:

المرحلة الأولى : جلسات التعريض التخيلي:

أولاً: التخفيف من خوف الفرد من المبادأة وتأسيس علاقات جديدة مع الآخرين .

- **(عددها "٤"جلسات) وفيما يلي عرض مفصل عنها:**

الجلسة السادسة: فردية ومدتها (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: تخيل واحكي.

هدف الجلسة :

هدفت الجلسة إلى مساعدة الحالة على التغلب على خوفها من المبادأة عن طريق مواجهة تلك المواقف على مستوى الخيال، من خلال تنمية ثقتها بذاتها وبقدراتها واستعدادها.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية الغمر – فنية الضبط المعرفي للذات (نموذج "STOP" لـ سلفرمان وكوليجز)– فنية إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب– فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة :

ترحب الباحثة بالحالة وتسلم عليها وهي مبتسمة، وتشكرها على الحضور، ثم سألتها عن الواجب المنزلي وهل أنجزته أم لا، فأجابت بكل ثقة وثبات طبعاً، فلقد بدت أكثر إشراقاً وهدوءاً وثقة بذاتها، فأخذته الباحثة منها وناقشتها فيه وتبادلوا الحديث عنه.

فقالت **الحالة** : أنا تخيلت نفسي في مطعم أنا وبابا وماما، وبابا طلب لينا كباب وكفتة، ولكن أول ما جالي الأكل وأنا جعانة ونفسي أكل، بس أكل الحاجات دي بتكون بالشوكة، وبابا أقول كلي بيديك بس أنا اكسفت آكل، وقولت لبابا أنا هبقى آكل فى البيت.

الباحثة: عرفة انت لو استمرتي معايا في البرنامج هاتعرفي تتغلبي على خوفك دا، وعموماً أنا بشكرك على الواجب المنزلي واهتمامك به. وطلبت منها أن تبدأ جلسة إنهاردة عن طريق البداية تدريب سريع على الاسترخاء بنفس الطريقة اللي أتعودت عليه في الجلسات السابقة.

الباحثة: أجلسي على كرسي واسندي رأسك إلى الخلف، ضعي يدك على صدرك والأخرى على بطنك مكان بسدة.

الحالة : أنا عارفة الباقي، هاخذ نفس عميق وأحبس الهواء في صدري لمدة ٣-٤ ثوان ثم أخرجه عن طريق الفم وكرر هذه العملية ٣ – ٤ مرات.

الباحثة : برافو، حقيقي أنت رائعة وهايلة.

طيب إحنا دلوقتي ها تغمضي عينيك وتبدأ تتخيل أنك خارجة من البيت وها تمر على مجموعة من الأفراد، من المفترض عليك أن تلقى عليه

التحية (السلام عليكم) بس أنت مش عارفهم، وكنت كثير تمـر عليـه ومـا بتحاوليش أنك تسلمي عليهم.

الحالة : أيوه أنا كثير أقوى بخرج من البيت وبتقابل جيراني كثير قوى بـس أنا ماحبش أسلم عليهم، أصل هم مش هيردوا علي.

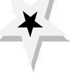


الباحثة : انت حاسة بالخوف ؟؟ "S"

الحالة : أيوه، حاسة أن قلبى بيدق بسرعة.

الباحثة: بتفكري فى إيه ؟؟ "T"

الحالة: أن حاسة أنهم مش هيردوا علي، وإن أنا مش عايز أكلمهم، أصل أنا كلمتهم قبل كدة ومرضوش علي.



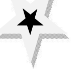
الباحثة: أنت لما بتخرج مع ماما، ماما بتعمل إيه؟.

الحالة: بتسلم عليهم بصوت عال.

الباحثة: وبيرضوا عليها؟.

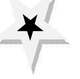
الحالة: أيوه طبعاً.

الباحثة: طب ما تقلديها، وعملي زيها وسلمي عليهم بصوت عال وانت واثقة من نفسك وكل ما تحسي بالخوف عدي من واحد لعـشرة وخـذي نفس عميق واحبسى "O"



الحالة : حاضر.

الباحثة: برافو عليك أنت هايلة وتستهلي الهدية التى أنا جيبها لك. "P"



وفى أثناء النقاش كانت الباحثة تحاول أن تعمل علـى توقـف الأفكـار الخاطئة التي تفكر فيها الحالة عن طريق زيادة ثقتها بذاتها، وزيـادة فعّاليـة الذات المدركة لديها، عن طريق التخلي عن تلك الأفكار والالتفات والانتبـاه

إلى المحيطين به وكيف تجدهم يتصرفوا ثم تحاول تقليدهم، من أجل التخلص من استجابة الخوف التي يتبعها استجابة تجنب غير مرغوب فيها، ثم اهتمت الباحثة أيضاً بالتعزيز لضمان الاحتفاظ بالاستجابة الصحيحة وضمان تكرارها، وبذلك تكون الباحثة قد عرضت نموذج "STOP" للضبط المعرفي للذات ل سلفرمان وكوليجز".

وتنهي الباحثة الجلسة قائلة للحالة: أن كل فرد منا يمتلك بداخله مواهب وقدرات خاصة به تميزه عن غيره، وتعد هذه المواهب مواطن للقوة في شخصيته، لذلك ينبغي على كل فرد منا أن يبحث عن تلك القدرات ويتعرف عليها ويحاول الاستفادة منها.

الواجب المنزلي:

قومي بممارسة التدريبات السابقة في المنزل وسجلي ما تشعري به في ورقة واحضريها معها في الجلسة القادمة؟

الجلسة السابعة: فردية (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: بادئ وواجه

أهداف الجلسة :

هدفت الجلسة إلى تكرار تعريض الحالة للمواقف التخيلية التي تثير لديها الخوف والقلق، وإكسابها طرق جديدة تساعدها على التغلب على شعورها بالدونية ونقص الثقة بالذات، وأنها لابد أن تتحلى بالإرادة والرغبة القوية في الشفاء.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية التحصين التدريجي – فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة– فنية إدارة الضغط – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

بدأت الباحثة الجلسة بالترحيب بالحالة بحرارة والسؤال على أخبارها، ثم سألتها عن الواجب المنزلي هل أتمته أم لا، فأجابت : طبعاً عملت التدريبات التي عملتها في المرة اللي فاتت وكتبت إلي أنا حاست بي في الورقة دي.

الباحثة: برافو عليكي. إقرئي إلى أنت كتبتيه.

الحالة : أنا تخيلت نفسي خارجة من البيت وقابلت صحاب ماما، وأنا كنت محتبش أكلمهم بس في المرة دي حاولت أكلمهم، وحاسيت إنى خايفة شوية ومش عايزة أكلمهم ولا أسلم عليهم، بس لما عملت تدريبات الاسترخاء التي أنا تعودت عليها سلمت عليهم.

الباحثة: ممتازة، أنت حاولت تنفذي اللي طُلب منك بالضبط، ما تيجي ندخل في موضوع جلسة إنهاردة، قائلة للحالة يالا إعملي التدريب على الاسترخاء اللي سبق وعملناه سوى في المرة اللي فاتت.

الحالة: أوكي .

الباحثة: بصي على الصورة التي أمامك وقوللي شايفة إيه؟ **(أنظر الصورة الموجودة في الجلسة الرابعة في الفصل الرابع)**

الحالة: أنا شايفة واحد عايز يسائل واحد تاني عن حاجة.

الباحثة : برافو هي فعلاً صورة شخص أتأخر عن المحاضرة وعايز يسأل زميله عن موضوعها، إنت دلوقتى هتسمعي الكلام اللي قوليها وتنفذيه بالحرف ولو حسين أنك ميش قادرة تركيز أقولي فوراً.

الحالة: حاضر .

الباحثة: تخيل نفسك مكان الشخصية اللي في الصورة وعليك أنك تسألي زميلتك عن المحاضرة، وبالطبع هذا يتطلب منك مبادأة الحديث معها.

الحالة: أيوه أنا تخيلت نفسي متأخرة عن المحاضرة وعلى فكرة أنا كتير قوي بتأخر عن ميعاد المحاضرة، وما بحاولش أدخل والدكتور موجود حتى له أتأخر ٥ دقائق حتى.

الباحثة: أوكي، أنت دلوقتي هاتركزي فى صباعي اللى هتتحرك قدامك دلوقتي أوكي؟.

الحالة : حاضر.

الباحثة: وتبدأ الباحثة بتحريك إصبعها بالقرب والبعد من عين الحالة ذهاباً وإياباً لمدة (٣٠ – ٦٠ ثانية).

الباحثة: ركزي ولا تتكلمي.

الحالة : أوكي.

الباحثة : أسترخ وخذي نفس عميق.

الحالة: تنفذ ما يطلب منها .

الباحثة: إيه بعد كده، اتكلمي لو أنت مكان الشخص ده هاتعملي إيه؟.

الحالة: أنا هابقى خايفة أتكلم معاهم لحسن ما يدرش علي أو يضحك علـــى، أصل أن ساعات يبقى صوتى واطي ولما بحاول أرفعه بيدخل الكلام فى بعضه، وبرضوا أنا مابحبش حدة ياخذ باله منى إني أتأخر عـــن المحاضرة.

الباحثة: أنت حاسة أنك مش عايزة تكلمي؟.

الحالة: لأ

الباحثة: إنت فاكرها شافاك إزي؟

الحالة: تلقيها بيقول عن أني مهملة، ولا تليقها مش فهمها حاجة، ولا تليقهـــا مش عايزة ترد على أصلاً.

الباحثة: أنت شايفة نفسك إيه؟

الحالة: أنا خيفة ومش قادرة اتكلم

الباحثة: أوكي – استرخ وخذ نفس عميق.

لقد حاولت الباحثة من خلال هذه الفنية (فنية تحصين حركـــة العـــين وإعادة المعالجة) تعريض الحالة للمواقف التي تثير لـــدى الخـــوف، والتـــي تنطوي على الرغبة في مبادأة الحديث مع الآخر، معتمدة في ذلك على قـــدرة الحالة على التأمل من أجل استحضار جميع المشاعر والأحاسيس التي تشعر بها أثناء تخيل هذا الموقف، والتي يساعد على فك الارتباط الـــشرطي بـــين الحدث المرهوب وذاكرة الخوف الموجود داخل المخ لدى الحالة، ثم تكـــرر الباحثة الغنية السابقة مرة أخرى للحالة للمحاولة الوصول إلى أقصى درجـــة من الاستثارة الانفعالية لها.

ثم رجعنا مرة تانية لموضوع الجلسة قائلة: أية رأيك يا **(**م. ك**)** لما نرجع تاني نتخيل نفسك عايزة تكلمي زميلتك بس محرجة منها ونبدأ نتدرب إزاي تقدر نتحكم فى خوفنا وتوترنا.

الحالة: أنا متخيلة نفسى أتأخرت عن المحاضرة وارغب في سؤال إحدى زميلاتي عن هم خدوا أيه في المحاضرة.

الباحثة: انت حاسة أنك خايفة؟.

الحالة : شوية.

الباحثة: قولي دايما لنفسك أنك هتقدري تكلميه وأنك مش خايفة فيها، وأنك عادي جداً أنك تأخر عن المحاضرة وما فيهاش حاجة يعنى، وأن زميلتك هترد عليك عادي ومش وحش.

الحالة: أيوه هاعمل اللي هاتقولي عليه؟

الباحثة: حاسة بإيه؟.

الحالة: حاسة أن أنا خايفة شوية .

الباحثة: أسترخ وخذ نفس عميق. ثم تشكر الباحثة الحالة على تعاونها في هذه الجلسة وكلفتها بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي :

حاولي تطبيق كل ما تعلمته فى جلسة اليوم على كل المواقف والمشكلات التي ترى أنها صادفتك أوقد تصادفك، ثم أكتب وصفاً لما تشعري به تجاه هذه المشكلات بعد هذه التطبيقات؟.

الجلسة الثامنة: فردية (ومدتها ٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: تخيل وكون علاقات جديدة.

هدف الجلسة: هدفت الجلسة إلى مساعدة الحالة على مواجهة خوفها من تكوين علاقات جديدة على مستوى الخيال.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية الغمر – فنية الضبط المعرفي للذات (نموذج "FEAR"لـ كيندال وزملائه)– فنية إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

بدأت الباحثة الجلسة بالسؤال عن أحوالها والاطمئنان عليها، وسألتها عن الواجب المنزلي.

الباحثة: أنت علمتي الواجب؟

الحالـــة: أيوه، كتب عن المواقف التى قابلتنى خلال الفترة اللى فاتت، أنا فعلاً وأنا خارجة من البيت قابلت بعض الجيران وسلمت عليها، على الرغم من أننى لم أكن أسلم عليهم أبداً بس كنت برد السلام فقط، بس دلوقتي أنا حاسة إني أفضل من المرات اللي فاتت.

الباحثة: برافو عليكي، أنت وصلتي فعلاً للهدف من الجلسة اللي فاتت وإيه رأيك لو نكمل باقي الجلسات، ونبدأ الجلسة بتاعت إنهاردة. فانطلق الباحثة لموضوع جلسة اليوم موضحاً ضرورة الاسترخاء قبل تخيل المواقف التي تخاف منها الحالة، لأنه يلعب دوراً هاماً هدوء جميع أعضاء الجسم والشعور بالراحة والاتزان، فتطلب من الحالة الاسترخاء ثم تخيل أنها في موقف يتطلب منها مجاراة الحديث والتفاعل مع مجموعة من الأفراد غير المألوفين بالنسبة لها.

الحالة: أنا كنت في مرة راجعة من الكلية فدخلت البيت فأول ما دخلت لقيت صاحب بابا ومراتو وأولادوا فى البيت جايين لزيارة بابا وماما، وماما خلتنى

أقعد معاه، فاضطرّت إني أقعد، بس قعدت ساكتة ومـابتكلمش، ولمـا كنـت بحاول إني أتكلم ماكانش حد بياخذ باله منى أصـلاً فقولـت لـنفس أسـكتي أحسن.

الباحثة : يعنى أنت قعدي و لا لأ؟.

الحالة : أقعد شوية وبعدها قمت علشان أُصلي العصر" أنـا أحـتجج بكـدة علشان أقوم أصل كنت متضايقة قوي".

الباحثة: هل صاحب بابا ماعندوش بنات؟

الحالة: لأ كانت معاه بنات ومن سنى بس أنا كنت خايفة أتكلم معاهم؟.

الباحثة: طيب، اسمع اللي قولك عليه ونفذيه.

الحالة : ماشى.

الباحثة: أنت حاسة بالخوف والقلق؟ **"F"**

الحالة : أيوه

الباحثة: تتوقعي أيه اللي هيحصل، وأنت شايفة نفسك إزي؟ **"E"**

الحالة: –أنا حاسة إن أنا لوكلمتهم مش هيردوا علي. أو

- أنهم مش عايزين يكلموني. أو
- أنا حاسة أن ما عنديش حاجة أقولها. أو
- كلامي مش هيعجب بابا وماما. أو
- أنا حاسة أن في حاجة غلط وأنا عايز أقوم من هنا وخلاص.

الباحثة: لأ ماقوميش من الموقف الحكاية ما تستاهلش، واجهي الموقف بثبات وإرادة زي ما تعلمنا من المرات اللي فاتت، وخليك واثقة مـن نفـسك وفى قدراتك فانت شخصية تستحق الاحترام والتقدير ولا داعي للخوف أو التوتر واتكلمي بصوت عال عندما تبدوا الفرصـة سـانحة، ومـا

تتلجيش فى الكلام، وكلمي اللي من سنك فى مواضـــيع عامـــة زي أخبار المذاكرة إيه، الحاجات التى بيحبوها واللي بيحبوهاش أو حتـــى عايزين يشربوا إيه

"A"

الحالة : ماشى أنا هنفذ إلي أنت قولتي عليه، وهافضل قعدة واتكلم معاهم عن المذاكرة والكلية

الباحثة: برافو عليك يا (م.ك) أنت ممتازة، أنا هاجيلك هدية حلوة **"R"**

الباحثة: أحنا دلوقتى ها نعيد تخيل المشهد السابقة بسن بعدما سمع الـــشريط اللي أنا سجلتوهك، ملحوظة (الباحثة قد اخبرت الحالة واستأذنتها عـــن إمكانية تسجيل صوتي لها، من عدمه عن الموقـــف الـــسابق بعـــرض الاستماع له من أجل الاستفادة منه في التخفيف من أعراض الخـــوف طبقاً (لفينة إدارة الوقت) .

الحالة: دي صوتي.

الباحثة: أيوه – إنت عارفة خدتي وقت قد إيه في المرة السابقة.

الحالة: مش عارفة .

الباحثة : ١٩ دقيقة.

الحالة: دا وقت كبير.

الباحثة: لأ مش كبير ولها حاجة، بس نعيد الموقف مرة ثانية ونشوفك هتقدر تقلل الوقت ده ولا لأ؟.؟

الحالة: ماشى.

وقامت الحالة بتخيل الموقف السابق، كإعادة التعريض أو مـــا يـــسمى بالتعرض المتكرر، وأيضاً قامت الباحثة بتسجيل الوقت المهـــدر فـــي

التفكير في هذه المرة من أجل تدريب الحالة على الاستفادة من الوقت المهدر في التفكير، ومن أجل أيضاً سرعة استجابتها للتعليمات ومحاولة التخلص من القلق والتوتر بأقصى سرعة، وبعد انتهاء الحالة وجدت الباحثة أن الوقت انخفض إلى "٩" دقائق يعني بفرق "١٠" دقائق فابتسمت الحالة وبت عليها علامات السعادة والرضا وقالت، هو أنا هنعمل الموقف دا تاني.

الباحثة: أيوه ويا ريت المرة دة يكون تغلبك على خوفك أسرع وأسرع .

الحالة: أوكي.

وبالفعل حسبت الباحثة الوقت فوجدت أنه لا يتعدى "٣" دقائق وهو نسبة رائعة وممتازة، تمكن الباحثة من خلالها مساعدة الحالة على التخلص من خوفها وقلقها من خلال التدرب على إدارة الوقت من خلال استغلال الوقت المهدر في التفكير، وقد اكتسبت الحالة ثقة أعلى بذاتها وإحساس قوي بالتحكم فيها، مما ساعدتها على زيادة فعّالية الذات المدركة لديها، والتي تلعب دوراً هاماً في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية لديها.

الباحثة: أثنت الباحثة على (م.ك) ومدحتها وشكرتها في نهاية الجلسة وودعتها.

 **الواجب المنزلي:**

احضري ورقة واكتب فيها ديالوج (حوار) مُتوقَع عن رغبتك في التفاعل مع مجموعة الطلاب الذي انضموا إلى سكشنك الخاص بك؟ مع وصف كل ما تَشعُر به أثناء تفاعُلك معهم؟.

الجلسة التاسعة: فردية ومدتها (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: التغلب على توقع الفشل في تكوين علاقات جديدة.

هدف الجلسة :

هدفت الجلسة إلى متابعة تكرار جلسات التعريض التخيلي والخاصة بالتخفيف من الخوف من تكوين علاقات جديدة، من خلال تزويد الحالة بأساليب جديدة للمواجهة تمكنها في زيادة تحكمها في أفكارها اللامنطقية،التي تؤثر عليها وتجعلها أكثر خوف وتوتراً.

الفنيات والأساليب المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيّل – فنية التحصين التدريجي– فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة– فنية إدارة الضغط– التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

بدأت الباحثة جلستها بالترحيب بالحالة والاطمئنان عليها وعلى أحوالها، ثم قالت معها بمراجعة الواجب المنزلي والتأكد من إتقانها له، ثم تبدأ الجلسة معها وبدعوتها إلى الاسترخاء وأخذ نفس عميق، وتذكر شيء حدث لها سار تعرضت له.

الباحثة: تخيلي موقف تطلب منك التفاعل والتحدث مع مجموعة من الأفراد غير المألوفين بالنسبة لكي، ثم أتبعي التعليمات الآتية:

الحالة : أيوه أنا فاكرة، لما نجحت فى الثانوية العامة بابا وماما فرحوا بي قوي وقوللي أن هانكفئ ونطلع رحلة وفعلاً مدرسة ماما كانت طلعت رحلته إلى دريم بارك حيث أن ماما بتشغل مدرسة عربي في مدرسة للبنات ثانوية، وأنا خارجة معاهم حاسة أن أنا مش عارفة

أتكلم ولما كنت بتكلم حاسة أن معظم البنات بتضحك مش عارفة ليه، بتضحك علي ولا على مين؟ فقعد طول الرحلة مش مبسوطة وزعلانة وماما زعلت منى قوي وقالت لي مش هاخذك معايا تاني.

الباحثة : أيه رأيك لما نتخيل الموقف بس ستحضري كل اللي أنت حاسية به فى الرحلة.

الحالة : أوكي

الباحثة : أنت حاسة بالخوف والتوتر؟

الحالة: أيوه وحاسة أن أنا مش عايزة أفتكر حاجة

الباحثة: كل ما تحس بكدة استرخ وخذي نفس عميق.

الحالة: ماشي.

الباحثة: حاسة إنت أفضل.

الحالة: الحمد لله.

الباحثة: يالا تخيل الموقف مرة ثانية وكل ما تحس بالخوف أو أنك مش عايزة تستمري في الموقف خذي نفس عميق وأسترخ (**فنية إدارة الضغط**).

تتمكن الباحثة من خلال هذه الفنية من مساعدة الحالة على مواجهة خوفها عن طريق التحكم في التوتر والضغط الواقع عليها، فكلما شعرت بالتوتر والخوف قابلته باستجابة معادية متمثلة في الاسترخاء، وبالتالي يحدث كف للاستجابة الخوف وإن كان على مستوى الخيال.

ودلوقتي أنت هتبصى على الصورة دي (أنظر الصورة في الفصل الرابع) وقوللي أنت شايفةإيه؟

الحالة: دي صورة واحد قاعد مع مجموعة من الأفراد بس من الواضح عليه إنه مش عارفهم، وهو مش عارف يتكلم معاهم ومندهش.

الباحثة: برافو تعليق صائب. ودلوقتي لو قولتك تخيل نفسك مكان الـــشخص دا وإنت قاعدة معاهم ومن المفترض عليك التحدث معهم أو التفاعل معهم، بس بشرط ما تحاولي أنت تكذبي أو تخبي ما تشعري به

الحالة: أوكي، أنا تخيل نفسي فعلاً مكانه.

الباحثة: تتبعي حركة أصبعي بعينك، ثم جاوبي على الأسئلة التي ســـأطرحها عليك (فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة).

الحالة: حاضر.

الباحثة : أنت حاسة بإيه ؟.

الحالة: حاسة أن أنا خايفة ومش عارفة أقول إيه.

الباحثة: خذي نفس عميق وأسترخ. ثم بعد ذلك أكملي بحرية وبدون خـــوف، إن حاسة بإيه، وإيه الأفكار التى بيدور برأسك، وكل ما تحسي إنـــك مش عايزة تكملي قولي وما تخافيش من حاجة؟

الحالة: أوكي.

الباحثة: أنت شايفهم ببيصولك إزي.

الحالة: تلاقيهم بتقولي علي أني ما بعرفش أتكلم، ولـــلا بثأثـــأ ولا حاجـــة، وتليقهم برضوا مش عايزنى اقعد معاهم ونفسهم قوم من جنبهم.

الباحثة: فتحاولي تكلمي معاهم .

الحالة: لأ أنا مش هتقدر أكلمهم ما عنديش حاجة أقولها.

الباحثة: قوللي أي حاجة إن شاء الله أيزيوكم عمالين إيه؟

الحالة: ماشى ، بس أنا حاسة أنهم مش عايز يردوا علي.

الباحثة: حاولتى تاني.

الحالة: ماشى بس أنا تعتب ومش عايزة أكلمهم.

الباحثة: طيب أشرح وخذي نفس عميق .

وترى الباحثة من هذه الفنية التخفيف من شعور الحالة بالخوف والتوتر كلما تعرضت لهذه الموقف على مستوى الخيال، من فك الارتباط بين موقف الخوف المتعلم وخبرة الخوف الموجودة في ذاكرة الحالة عن طريق التأمل والتخيل، وتؤكد الباحثة أنها تكرر هذه العملية أكثر من مرة حتى تستكين الحالة ويهدأ خوفها.

ثم تقول الباحثة أيه رأيك يا (م. ك) لو نعيد المشهد دى مرة ثانية بس عن طريق كتابته على ورق، واكتبي كل اللي حاسة بي فى هذا الموقف وبعدها كرريه ثلاث مرات **(**فنية بيني باكر للكشف الانفعالي المكتوب**)** **(**الكشف الانفعالي / التعريض المكتوب**)**.

الحالة: نعم أكتب الموقف إلى فات وكتب أنا حاسة إيه؟ .

الباحثة: كتبتى كل حاجة ؟ زي هم شايفينك إزاي؟؟ وأنت شايفة نفسك إزاي؟ ولو كنت عايزة تخرج من الموقف ولا لأ؟

الحالة : أيوه .

الباحثة: برافو، كرري التي كتبتيه ثلاث مرات.

الحالة: حاضر.

الباحثة: وبعد أن انتهت الحالة من كتابة الموقف سلمت ما كتبته للباحثة، وقد لاحظت الباحثة أن طريقة كتابة أول مرة تختلف عن المرة التي تليها ثم التي تليها ثم الأخيرة، وتراجع الباحثة هذا إلى التعريض المتكرر للمواقف المرهوبة عن طريق الكتابة تساعد على التنفيس الانفعالي للحالة وعمل نوع من التعود والألفة بين الحالة والموقف المرهوب

التي تتعرض له، حتى يحدث انطفاء للاستجابة الخوف، الذي استدل بينى باكر "Pennbarker" (١٩٩٠) فاعلية هذه الفنية من التخفيف من مشاعر الخوف والقلق والتوتر حيث تكتشف عما بداخل الحالة من مشاعر وأحاسيس دفينة تعد المسئولة عن شعورها بالخوف والتوتر، حيث لاحظت الباحثة أن أول كتابة للحالة كانت الحروف والكلمات شبه غير واضحة وكأن يديها كانت ترتعش، وأخذت وقت طويل على ما أنجزت أول كتابة، ثم جاءت الكتابة الثانية فكانت الكلمات شبه واضحة ومقروئة، ثم الكتابة الثالثة، كانت الكلمات واضحة ومرتبة ومنظمة مما يؤكد على فعالية هذه الفنية في التخفيف من التوتر والخوف.

ثم سألت **الباحثة الحالة** : أنت حاسة بإيه دلوقتي؟

الحالة: أنا حاسة أني أفضل من الأول.

الباحثة: برافو عليك أنت هايلة. (التعزيز).

ثم تشكر الباحثة الحالة وتكلفها بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

تخيلي موقف أخر تعرضي له وشعرت أنك غير قادرة على مواجهة وركنتى إلى الابتعاد والانسحاب من هذا الموقف، وأكتبي بعد ذلك كل ما شعرت به وكرريه ثلاث مرات.

ثانياً: جلسات التعريض التخيلي الخاصة بخوف الفرد من التقييم السالب من قبل الآخرين وعددها (أربع جلسات).

الجلسة العاشرة : فردية مدتها (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة :

هدفت الجلسة إلى مساعدة الحالة على التخفيف من قلقها وخوفها عند مواجهة المواقف الاجتماعية التي تظن فيها أنها مراقبة من قبل الآخرين، وإكسابها بعض أساليب المواجهة التي تساعدها على مواجهة تلك المواقف.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية الغمر – فنية الضبط المعرفي للذات (نموذج "STOP" لـ سلفرمان وكوليجز) – فنية إدارة الوقت– فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالحالة وتسلم عليها وهى مبتسمة في وجهها، وتراجع معها التقارير المكتوبة والشفهية عما حدث في الجلسة السابقة وتعزز هذه الإجابات، ثم تطلب منها الاسترخاء بنفس الطريقة التي سبق وأن تتدربوا عليها في المرات السابقة، ثم تطلب منها تذكر موقف حدث لها أشعرها بالإحباط والضيق والتوتر عندما كانت في موقف اجتماعي بسبب خوفها وقلقها من أن تكون موضوع ملاحظة أو مراقبة من قبل المحيطين بها.

الحالة : كنت في ذات يوم أصرت صديقتي أن تعزمني على البيتزا في إحدى المطاعم المجاورة للكلية، ولم أكن أرغب فى الذهاب ولكني اضطررت للموافقة بعد إلحاحها وأصررها الشديد علي، وعندما ذهبنا إلى المطعم طلبت لي بيتزا معها، ولما جاءت البيتزا وجدت أن على الطبق شوكة وسكينة، ولأنني ما بعرفش أكل بالشوكة والسكينة فكلت حدة صغيرة وإتحججت بإن أنا شبعت، اصلى كنت خايفة

ليضحكوا علي لأني ما بعرفش آكل بالشوكة والسكينة، وحاسـت إن وشي إحمر، وإيدي بترتعش قوي وفضلت إني أقوم أروح بـسرعة، لأنى إتأخرت وكنت خايفة حد يأخذ باله منى.

الباحثة: طيب إيه رأيك لو نتخيل الموقف دا وتستحضر فيه كل المشاعر إلي كنت حاسة بيها وقتها (التخيل) وبعدها اتبعى التعليمـات اللـى هـا تقوليها الباحثة.

الباحثة: أنت خايفة يا (م. ك)؟

الحالة : أيوه

الباحثة : بتفكري فى إيه ؟

الحالة: أنا متأكدة إن الناس كلهم عينهم علي، وأنهم بيبصولي قوي، وإن أنـا عملت أي حاجة هتضحكوا علي ويسخروا منى.

الباحثة: مين راح معاك فى العزومة؟

الحالة : صحبتى أمل.

الباحثة: وأمل دي بتآكل ولا لأ؟

الحالة: أيوه بتآكل... عادي يعنى.

الباحثة: طيب قلديها، وكلي زيها عادي وركزى فى الأكل فقط وماتبـصيش حواليكي خالص

الحالة: أنا بحاول بس خايفة يضحكوا علي.

الباحثة: هم اللي حواليكي بتعملوا إيه؟

الحالة: بيكلوا.

الباحثة: طيب يعنى كل واحد منهم مشغول فى الطبق اللي قدامه مش فاضي يبصلك أو يضحك عليك، حاول تعملي زيهم؟

الحالة: طيب أنا دلوقتى حاسة إن أنا كويسة وممكن آكل عادي.

الباحثة: برافو عليكي إنت هايلة، لو أنت عملتى كدة كل ما حاستى بـــالخوف هتقدري تتغلبى على خوفك بسهولة جداً.

الحالة: حاضر حتى علشان صاحبتى ما تزعلش منى وتب تخرج معايا.

الباحثة: ودلوقتى ها نعمل حاجة ثانية، إنت هاتخدي الورقة دي وتكتبى فيهـــا كل اللي حاستي بيه في الموقف اللي فات وتبدأ كرريه ثلاث مـــرات بدون ما تنظر فى الورقة الأولى؟

الحالة: زي ما إدربت عليه المرة اللي فاتت.

الباحثة: برافو بالضبط .

وتبدأ الحالة فى كتابة الموقف باستحضار كل ما شعرت به من أفكار وأحاسيس وكتابتها فى هذه الورقة وتنسخها ثلاث مرات.

وقد لاحظت الباحثة أيضا أن الحالة فى الكتابة الأولى للحدث كانـــت أكثر انفعالاً من المرة الثانية والثالثة وهى قد كتبت ذلك بنفسها ممـــا يبـــرهن على فاعلية فنية بينى باكر للكشف الانفعالي المكتوب فى استحضار ما تشعر به الحالة حيال تلك المواقف وكيف أنها مـــن خـــلال التعـــريض المكتـــوب المتكرر؛ تتمكن الحالة من التخفيف من قلق التفحص وتوقع المراقبـــة ممـــن يحيطون بها.

فقد لاحظت الباحثة أن الكتابة الأولى للموقف بالطبع اختلفت عن الكتابـــة الثانية وعن الكتابة الثالثة، فالحالة اجتازت كتابة الموقف فى المـــرة الأولـــى بوقت أكبر من الحالة الثانية والثالثة، فمن الواضح أن الحالة تعرفـــت علـــى كيفية استغلال الوقت بطريقة أفضل نشكل لا يسمح بإهدار وقت كبير **(**فنيـــة إدارة الوقت**)**.

ثم تشكر الباحثة الحالة على انضباطها والتزامهـــا باتباعهـــا للتعليمـــات المطلوبة منها وتنكرها بأنها أصبحت أكثر إيجابية وتفاؤل من الأول، وأنهـــا

لو استمرت على إتباع التعليمات ستصبح أفــضل بكثيــر وســوف تتماثــل بالشفاء، ثم تكلفها بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

- أحضري ورقة واكتبِ عليها اسمك واكتبِ كل يرد في خاطرك مــن صفات وأفكار عن ذاتك وعن الآخرين المحيطين بك سواء كانت هذه الأفكار إيجابية أو سلبية واحضريها معك في المرة القادمة.

- **الجلسة الحادية عشرة فردية ومدتها (٦٠ دقيقة)**

عنوان الجلسة: التغلب على توقع المراقبة والتفحص من قبل الآخرين.

هدف الجلسة:

هدفت الجلسة على التأكيد على تغلب الحالة علـــى توقـــع المراقبـــة والتفحص من قبل الآخرين، من خلال تزويدها بأساليب مواجهة تساعدها في التحكم في ذاتها وأفكارها، وزيادة فعالية الذات المدركة لديها بالقـــدرة الـــذي يسمح لها بمواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة.

- **الفنيات المستخدمة:**

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية التحــصين التــدريجي- فنيـــة إدارة الضغط- فنية تحصين حركة العين وإعادة المعالجة - التعزيز – الواجــب المنزلي.

محتوى الجلسة:

- ترحب الباحثة بالحالة وتطمئن عليها، وتسألها إذا ما كانـــت تـــشعر بتحسن عن المرات السابقة، ثم تقول لها رأيك لو نستكمل ما بدأناه في الجلسة السابقة، بس في البداية نراجع الواجب المنزلي أنت عملتيه ؟

الحالة : طبعاً .

الباحثة: ما تيجي نراجعه.

الحالة: طيب، أنا أقرأه دلوقتي، أنا كتبت أن من أهم صفاتي أنا شايفة نفسي ذكية رسامة كويسة بحب كل اللي حوليي، بس عصبية وخوافة شوية، ومش بعرف كثير قوى أتصرف فى مواقف كثير قوي وبعدين بندم على تصرفاتي دي.

الباحثة : طبعاً أنت باين عليك إنك ذكية وطبعاً رسمك حلو قوي لأنك تربية فنية، وأكيد كل اللي حوليكي بيحبوك لأنك طيبة وجميلة ورقيقة، أما عن صفات الأخرى أنت دايمة بتكونى عصبية، أنا وأنت معايا ماشفتيكيش عصبية؟

الحالة: أنا بيقا عصبية لأن اللي حوليا مش فاهمين، أو ساعات بيضحكوا علي.

الباحثة: ودلوقتى وبعد الجلسات اللي فاتت مانتيش حاسة بتحسن شوية؟

الحالة: أنا أحسن من الأول بكتير بس برضوا ساعات بحس إن اللي حوليا واخدين بالهم منى قوي مش ليه؟.

الباحثة: ماتخديش فى بالك، عارفة لو أنت تثقي فى نفسك أكثر من كده مش هتحسي بأنههم بيبصوا عليك بصة وحشة وعموماً تعالي نكمل موضوع الجلسة بتاعت إنهاردة لأنها هي اللي هاتساعدك فى التغلب على كل اللي حكاتيه. زي كل مرة نبدأ بأنك تتخيل موقف شعرت فيه بأن كل اللي حواليك بيبصوا عليك؟

الحالة: أتخيل نفس المشهد اللي حكايته المرة اللي فاتت ولا حاجة تانية.

الباحثة: زي ما أنت عايزة .

الحالة: أنا أتخيل موقف آخر، فى مرة من الأيام ماما عزمت خالي وزوجها وأولادها على الغداء عندنا فى البيت، وطبعاً كان من المفترض علي أن اجلس معاهم على طرابيزة السفرة بس أنا قولت لماما أن أنا مش جعانة وهابقى آكل لوحدي، بس ماما زعلت منى قوي.

الباحثة: طيب أنت ليه ما أقعديش معاهم؟

الحالة: أصل أنا كنت مكسوفة من زوج خالتي وأولادها أصل كلهم أولاد مافيهمش بنات.

الباحثة: وأيه يعنى أنت بتتكسفى من الأولاد أكثر من البنات؟

الحالة: يعنى مش قوي بس فى الأكل أيوه بنكسف

الباحثة: طيب أنت دلوقتى هاتخيل نفسك قاعدة معاهم على نفس الطربيزة ومن المفروض طبعاً أنت تأكلين صفى اللي إنت حاسة به؟

الحالة : أنا حاسة إن أنا مش عايزة آكل، أصل خايف آكل بطريقة مش حلوة فيسخروا منى، وحاسة أنه تزداد ضربات قلبى ويتصبب عرقى.

الباحثة: إيه رأيك لو تثقي بذاتك أكثر من كدة، وتشوفي نفسه بشكل أفضل من كدة إنت مش أقل منهم، وهم مش هايبصولك بصورة وحشة لو أنت كلت، بالعكس فلو أنت ما أكلتيش مكن يفتكروا إنك مش عازهم أو مش مرحبة بيهم.

الحالة: لأ والله، وأنا بحبهم قوي.

الباحثة: هم أولاد خالتك دول من سنك ؟

الحالة: لأ دول أكبر منى بتكتير متجوزين ومخلفين.

الباحثة: طيب فى إيه؟

الحالة: يمكن علشان مابشوفهمش كتير.

الباحثة: طيب هم كانوا بيبصوا عليكي لوحدك ولا كانوا بيبصوا على كل الموجودين؟

الحالة: لأ كانوا بيبصوا علينا كلنا.

الباحثة: شوفتى يعنى ما بيبصوش عليكي لوحدك.

الحالة: أنا عارفة.

وبعدها تطلب الباحثة من الحالة تركز فى الصورة اللي قدماها وتنفذ اللـــي هاتقولها الباحثة.

الحالة : دا صورة شخص عايز يمشى بس فى طريقه زحمة قوي

الباحثة: برافو عليك – ممكن تتخيلي نفسك فى الصورة دي وتحكيلي كنــت هاتعملي إيه؟؟

الحالة: أيوه كنت فى مرة راجعة من الكلية وفوجئت أنى فـــي محـــل لعـــب أطفال فتح جانبنا وكان جايب دي جي وعازم الناس كلها وكان مـــن المفروض علي إنا أعدي عليهم علشان أوصل للبي بس أنا رجعـــت ولفيت من وراء لأن أنا خوفت وبعدين مابحبش حد يبص علي.

الباحثة: ممتاز، دلوقتي بقى إنت هتتخيلي نفسك فى الموقـــف دا بـــس مـــش هاتلفي من وراء علشان توصلي لبيتك وأنا عايز كل الناس تبـــصك واسمع كل التعليمات ونفذيها بالحرف.

الحالة: حاضر

الباحثة: تخيلي نفسك فى هذا الموقف، ثم تتبعي حركة صابعي أمام عينـــك، ركزي جداً ولا تتكلمي، وبعدها أخذي نفس عميق، وبعـــدها ابتـــدئي اتكلمي بدون خوف أو توقف.

الباحثة: أنت حاسة بإيه؟

الحالة: أنا حاسة أن الكل بيبص علي وبدقق النظر في.

الباحثة: إيه اللي خالك حاسة بكده؟

الحالة: أنا حاسة بكدة ولما بلتفت بـــسرعة كـــدة بلاقـــيهم بيبـــصوا علـــي ويضحكون أو بيتكلموا علي، ويقعدوا يبصوا علي هـــدومي بحـــس تكون مش معدولة ولا مش منظمة.

الباحثة: هم كانوا معظم الناس من الشباب ولا من البنات والشباب.

الحالة : لأ معظمهم شباب ولاد يعنى وأنا بنكسف منهم قوي

الباحثة: طيب انتى كنتي ماشية لوحدك ولا في ناس تاني ماشين معاك؟

الحالة: لأ فى ناس كثير ماشين.

الباحثة: طيب فيمكن بيبصوا عليهم هم.

الحالة: لأ ماظنش.

الباحثة: خذي نفس عميق واسترخي.

- وتوضح الباحثة أنها كنت إلى الاسترخاء بعدما لاحظت علامات القلق تبدو بشكل ملحوظ على الحالة كإرتعاش يدها وزيادة ضربات قلبها.

وفى النهاية تشكر الباحثة الحالة التزامها وإتباعها للتعليمات، ومشاركتها الجادة فى العلاج، تكلفها بالواجب المنزلي؟

الواجب المنزلي:

- حاولي تطبيق ما تعلمته فى هذه الجلسة على مواقف حياتية مشابهة واكتبِ كل ما تشعري به وأحضريه معك فى المرة القادمة؟

الجلسة الثانية عشر: (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة : أدّ وواجه.

هدف الجلسة: تهدف الجلسة إلى التخفيف من خوف الحالة عند مواجهة المواقف الاجتماعية التي تتطلب أداءً معيناً، من خلال تغيير بعض الأفكار اللاعقلانية المسيطرة عليها.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية الغمر– فنية الضبط المعرفي للذات (نموذج "FEAR" لـ كيندال وزملائه)– إدارة الوقت – فنية الكشف الانفعالي/ التعريض المكتوب – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالحالة وتسلم عليها وهي مبتسمة في وجهها، وتراجع معها التقارير المكتوبة والشفهية عما حدث فى الجلسة السابقة، وتسألها ما إذا كانت أنجزت الواجب المنزلي، فأجابت الحالة بنعم ،أنا كتبت كل اللي شعرت به في الورقة دي، فراجعتها الباحثة وشكرتها على اهتمامها ومحاولتها الجادة في العلاج واتباع التعليمات المطلوبة منها، وحسن استخدامها للأساليب المختلفة في المواجهة التي تدربت عليها أثناء الجلسات ثم تدعوها إلى بدء الجلسة:

١- التدريب على الاسترخاء:

اعملي التدريب على التخيل التي سبق وأدربتِ عليه فى الجلسات الفاتت.

٢- التدريب على التخيل:

بعد كدة افتكري موقف حدث لك أشعرك بالإحباط والضيق والتوتر عندما طلب منك أداءً معيناً فى موقف اجتماعي ما، ولم تستطيعي انجازه بسبب خوفك الشديد من أن تكوني موضع نقد أو سخرية من قبل المحيطين بك.

الحالة : كنت فى مرة روحت التربية العملية يوم الثلاثاء من كل أسبوع كان مفروض علي أني أدخل الفصل وأشرح لطلاب حصة فى الرسم وكان موضوعها عن ثورة ٢٥ يناير، وطبعاً أنا كنت محضرة كويس أوي بس لما وقفت قدام العيال طبعاً كعادة ارتباكت وخوفت ومعرفتش أتكلم خالص، وحاسة أن العيال بيبصوا جامد قوي ومش عرفة يمكن ضحكوا علي وقولوي إيه يا مس مالك؟؟ طبعاً صوتي

إحبس وحاست برغبة شديدة فى الخروج من الفصل فقولت لزميلتى قومي أشرحي أنت، وبعدها خرجت وجلست أبكي ومشيت بسرعة للبيت.

الباحثة: طب من إيه ؟ أنت كنت خايفة قوي كدة ليه؟

الحالة: مش عارفة؟.

الباحثة: إيه اللي كان فى دماغك ساعته ما كنتي خايفة كدة؟

الحالة: أن كنت حاسة أني مش عارفة أتكلم خالص.

- وأني مش عارف أشرح أي حاجة.
- وإن أنا مش فاكرة حاجة أصلاً.
- وإن في بعض العيال بتكلموا علي وراء.
- وأن أنا ماعرفتش أشرح حاجة مش هانجح السنة دي.

الباحثة: طيب كل دا كلام جميل بس أنت جربت تشرحي الدرس بدون ما تفكري فى هذه الأفكار؟

الحالة : لأ

الباحثة: إحساسك بأن مش فاكرة حاجة دا شيء طبيعي لأي حد يؤدي أي موقف أدائي، وأنت لو جربت تثقي فى ذاتك شوية أكثر من كدة وتحسي أنك شاطرة ومذاكرة الدرس كويس قوي ها تقدري تشرحي، وطبعاً العيال اللي بتكلم وراء وبيبصولك أكيد يسألوا بعض يا ترى هانخذ إيه إنهاردة وهانعمل أيه عن ثورة ٢٥ يناير؟ فأت دلوقتى هاتشرحي الدرس وأنت واثقة من نفسك وعندك إرادة قوية جداً إن أنت ها تقدري تشرحي كويس قوي.

الحالة: طيب أنا هاحاول أنا هاقولهم بيعملوا لي رسم مبسط عن ميدان التحرير وعن جميع أطياف الشعب اللي شاركت فى الميدان دا،

ويلونوه بألوان خشب، بس ضرورة قوي يبينوا فى الرسمة الوحـــدة الوطنية اللي كان بتسم بها الميدان.

الباحثة: برافو قوي عليكي. دا أنت ممكن كمان تطلب مــنهم يعمولــك ذي نصب تذكاري عن الشهداء وأن كان بشكل مبسط كنوع مــن حثهــا علــى المشاركة وتدعيم الموضوع .

وثم تطلب منها كتابة موقف غير سار تعرض إليه داخل الكلية؟ فكتبــت الحالة أنها في ذات يوم وهي في محاضرة مــادة فنــون ذوى الاحتياجــات الخاصة، أوقفها أستاذ المادة وطلب منها أن تجيب عن السؤال التالي:

من هم ذوى الاحتياجات الخاصة ؟ وطبعاً السؤال سهل جداً وهــايف بس ماعرفتش تقول حاجة خالص وطبعاً أستاذ المادة ،علق علي قوي وقــال أن خيبين قوي ليه كده فأنا اتحرجت وأتخنقت وكان نفسى أعيط قــوي؛ لأن أنا كنت عارفة الإجابة بس خوفت يضحكوا علي أو ينقــدون وبعــدها رفــع زاميلي أيدهم علشان يجيبوا على السؤال، وخلاص أنا روحت متنكرة قــوي وبعدها بقيت بكره المحاضرة دي ومابحبش أحضرها.

الباحثة: لا عليك ما تزعليش أنت بعد الجلسات دي هاتبقى أحسن بكتير مــن الأول وأبقى افتكرينى ماشــى. فــضحكت (م. ك) وبعــدها طلبــت الباحثة فهي بدء الجلسة بالاسترخاء ثم تخيل الموقف اللي هي كتبتــه دا بس بشرط تستحضر كل ما تشعر به من أحاسيس ولا تخفــي أي حاجة منها.

الحالة: ماشى أن هاتخيل نفسي فى نفس الموقف السابق ولا وإني مــابحبش افتكره خالص لأنه عقدنى من الكلية كلها.

الباحثة: برافو عليك بس دي كل مرة هاتتبعي التعليمات اللي هأقولك عليها.

الحالة : أنا ها حاول

الباحثة: أنت دلوقتى هاتواجهنى الوقت دا وأنت مش خايفة منه تماماً ولما يسألك الأستاذ مرة ثانية تجاوبى وأنت مش خايفة لأنك زي ما قولتى المرة اللي فاتت أنك بنت شاطرة وذكية ونبيهة وأنت كمان عارفة السؤال، وطبعاً هما مش هينقدوك لو اتكلمت، لكن هم ينقدوا لو أنت ما كلمتيش خالص ذي ما أنت عملتى، فلازم تجاوبى وتحاولي حتى لو كانت الإجابة غلط وما تخافيش من الأستاذ إلي يهزءك، وأن كان دا طبع أستاذ فدا حالة واحد فريدة مش كل الأساتذة كده، وماتعمميش الوحش على الكل، وفى أي مرة تانية يسألك فيها الأستاذ تجاوبى وأنت واثقة من نفسك وماتخافيش، ودلوقتى أنت هاتكتبي الموقف وتنسخيه "٣" مرات ذي ما تعلمته فى المرات اللي فاتت (فنية الكشف الانفعالي / التعريض المكتوب).

الحالة: أوكي – أكتب ثلاث مرات بس مابصش فى الورقة وأكتب كل اللي أنا حاسة بي.

الباحثة: الله ينور عليك يا نبدأ.

الحالة: وتبدأ الحالة فى كتابة الموقف وطبعاً لاحظت الباحثة أن الكتابة فى المرة الأولى كانت تتسم بالعصبية والتوتر مثل ما كان ملحوظ فى الكتابة، حيث كانت الحروف متشابكة وإلى حد ما غير مفهومة، وكان يديها كانت بترتعش وهي بتكتب، وهذا ما يعنى أن هذا الموقف أثر بشكل كبير فى نفسها وترك جرح عميق (خبرة صدمية)، وبعدها بدأ الخط يوضح فى المرة اللي تليها ويوضح أكثر فى المرة الثالثة، مما يؤكد على فعالية فنية التعريض المكتوب فى عمل نوع التنفيس الانفعالي للحالة، وبالفعل قد تمكن الحالة من استغلال الوقت المحدد لها فى الكتابة وبذلك فقد استفادة من فنية (إدارة الوقت).

ثم تنتهي الباحثة الجلسة بشكل الحالة على مشاركتها الجادة ودعوتها إلـــى حضور الجلسة القادمة وتكلفها بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

أحضري ورقة وأكتبى بها سيناريو متوقع عـــن أداء معـــين يطلـــب منك؟ مع وصف كل ما تشعري به أثناء تأديته؟.

الجلسة الثالثة عشر: فردية ومدتها (٦٠ دقيقة)

عنوان الجلسة: التغلب على توقع التقييم السالب لأدائه من قبل الآخرين.

هدف الجلسة: هدفت الجلسة إلى التأكيد على تغلب الحالة على توقع التقيـــيم السالب من قبل الآخرين.

الفنيات والأساليب المستخدمة:

فنية الاسترخاء – فنية التخيل – فنية التحصين التـــدريجي –فنيـــة تحـــصين حركة العين وإعادة المعالجة– فنية إدارة الضغط– التعزيـــز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

بدأت الباحثة جلستها بالترحيب بالحالة الاطمئنـــان عليهـــا وتـــسألها أخبارها وعندما إذا كانت أنجزت الواجب المنزلي الذي طلـــب منهـــا أم لا؟ وتبدأ فى مراجعته معاها حيث كتبت الحالة أنها استطاعة إقامة حوار ذاتـــي متخيلة نفسها في محاضرة مادة فنون ذوى الاحتياجات الخاصة، أوقفها أستاذ المادة وطلب منها أن تجيب عن السؤال ما وكيف استطاعة أن ترد عليه فـــي صورة سيناريو متوقع، فشكرتها الباحثة ، دلوقتى هاركز فـــى الـــصورة دي

وأعمل نفس اللي تعلمناه فى المرات اللي فاتت(أنظر الصورة فـــي الفـــصل الرابع).

الحالة : ماشى.

الباحثة: أنت شايفة إيه؟

الحالة : دار صورة واحد رايح يطلع الكارنيه مثلاً، ولا شهادة مـــيلاد فـــى السجل المدني؟

الباحثة: برافو، ممكن تتخيلي نفسك فى الصورة دي وتتبعي اللي هـــا قولـــك عليه أنت ممرت بحاجة زي دي قبل كدة؟

الحالة: أيوة كتير كل سنة بنتطلع الكارنيه وما قولكيش دا عذاب .

الباحثة: ليه

الحالة: أصل بتوع شئون الطلبة دول صعبين قوي ويزعقـــوا عمـــال علـــى بطال، وبعدين علشان أحنا تربية نوعية فنضطر روح عندوك كليـــة تربية وطبعاً أحنا بنتعب قوي ومابحبش أروح فقلت لزميلتى تتطلـــع الكارنيه.

الباحثة: طيب أحنا هانتخيل نفسنا مع الموقف دا زي المرات المرات واسمع اللي قولك عليه.

الحالة: حاضر.

الباحثة: ركزي فى الصورة وتتبع حركة صباعي وماتتكلميش، وبعدها خذي نفس عميق.

الحالة: تنفذ ما طلب منها.

الباحثة : دلوقتى ابتدئي أتكلمى.

الحالة: تسترسل فى الكلام.

الباحثة: يعنى أن بتخافي لما تروح تتطلع الكارنيه؟

الحالة: أيوه.



الباحثة: طيب ليه.

الحالة: اصل أنا عارفة لو سألنى بتاع شئون الطلبة عن أي حاجة هارتبك ومش هعرف أقول حاجة، أتهته أو صوتي ما يطلعش أصلاً.



الباحثة: طيب وأنت متوقع رد فعله إزاي.

الحالة: بيضحكو يسخر منى ومش بعيد يزعقلي.

الباحثة: هو أنت صوتك مش عالي أو غير مسموع.

الحالة: مش دايماً بس لما بخاف مش عارفة ليه ما بيطلعش أصلاً وبحس أن أنا مش عارفة أبلغ ريقي وخايفة قوي.

الباحثة: بتحسي بأيه كمان.

الحالة: نفسى ماروحش تاني علشان أتطلع الكارنيه.

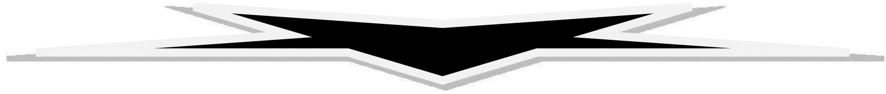
الباحثة: خذي نفس عميق واسترخ.

وقد لجأت الباحثة إلى الاسترخاء بعدما لاحظت علامات الخوف الشديد التى بدت على الحالة كإحمرار وجهها وتلعثمها فى الكلام. وفى النهاية تشكر الباحثة الحالة وتخبرها بأنها قد أنجزت المرحلة الأولى من العلاج وهي مرحلة التعريض التخيلي، وإنه لم يبقى سوى المرحلتين الأخرتين، وتخبرها عن موعد الجلسة القادمة، وتكلفها بالواجب المنزلي.

الواجب المنزلي :



حاولي تطبيق ما تعلمته فى هذه الجلسة على مواقف حياتية مشابهة وأكتبي كل ما تشعري به وأحضريه معك فى المرة القادمة؟



المرحلة الثانية: الجلسات العلاجية الخاصة بالتعريض للواقع الافتراضي غير الغمري:

الجلسة الرابعة عشرة : (جماعية) ومدتها (٤٥ دقيقة)

عنوان الجلسة : الواقع الافتراضي.

أهداف الجلسة:

تعرف الطلاب بماهية الواقع الافتراض، إعطائهم فكرة مبسطة عن طريقة استخدام الكمبيوتر في العلاج، مع توضيح أهم مميزات وأنواع الواقع الافتراضي.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

- المحاضرة والمناقشة – الكمبيوتر– فنية النمذجة – فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة :

ترحب الباحثة بالحضور، وتقدم لهم الشكر على إلتزامهم بحضور الجلسات في موعدها، وعلى تعاونهم معها أثناء الجلسات،وتسلم عليهم فرداً لفرد ومن باستخدام أسلوب (المحاضرة) تعرض الباحثة للحالات مفهوم الواقع الافتراضي (VR) ، حيث توضح أنه تكنولوجيا تسمح للمستخدم بالتفاعل مع بيئة مماثلة بالكمبيوتر، وهي من الممكن أن تصبح أداة قوية وفعالة في العلاج المستقبلي للفوبيات.

ونوضح لهم معنى أنواع الواقع الافتراضي وكيف يمكن استخدامه في البرنامج، في شرح مبسط لكل منهم، ثم تفتح الباحثة باب المناقشة، بسؤال الحضور هل لديكم أي استفسار ؟؟

ثم تقوم الباحثة بتنفيذ موقف ما باستخدام الكمبيوتر، لتوضيح كيفية التفاعل مع الكمبيوتر، متخذةً من نفسها نموذجاً يُحتذى به من جانب

الحضور، ثم تطلب منهم محاكاتها عند التطبيق (أسلوب النمذجة Modeling)، حيث تحثهم على اتخاذها كنموذج أثناء أداء الجلسات القادمة. كما تدعو الباحثة الحضور إلى التعامل مع خوفهم بطريقة بناءة وجادة أثناء الجلسات، وإذا شعر أحدهم بالتوتر والقلق يمارس على الفور الاسترخاء الذي سبق وأن تعلمه في الجلسات السابقة، أو أن يعمل تشتتاً لأفكاره من خلال ممارسة التدريب الخاص بالضبط المعرفي لذاته، الذي يساعده على التخلص من تلك الأفكار.

وفي نهاية الجلسة تشكر الباحثة الحضور على اهتمامهم وإنصاتهم، مع التحفيز المستمر والدعم من جانبها لضمان استمرارهم في العلاج.

الواجب المنزلي:

تكلف الباحثة الحضور بالتدرّب على استخدام الكمبيوتر في حياته اليومية استعداداً منه لاستخدامه في الجلسات القادمة.

أولاً: جلسات الواقع الافتراضي غير الغمري الخاص بالتغلب على صعوبة المبادأة وتأسيس علاقات جديدة .وعددها (ثلاث جلسات) وبيانها كالتالي:

الجلسة الخامسة عشرة، والجلسة السادسة عشر ، والجلسة السابعة عشر: فردية ومدتها (١٠ دقائق)

عنوان الجلسة: شراء حذاء أو كوتشي، وشط البحر.

أهداف الجلسة :

السماح للحالة بالتفاعل مع الموقف الافتراضي غير الغمري المماثل للواقع، والذي يُحاَكي موقف اجتماعي بفعالية وكفاءة.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

الكمبيوتر – فنية الاسترخاء – فنية الإشارات الآمنة –فنية إدارة الوقت– فنية المحادثات الثنائية أو الديالوج– فنية الأحاديث الذاتية– فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة :

ترحبّ الباحثة بالحالة (م.ك)وتشكرها على التزامه بموعد الجلسة، مع التأكيد علي ضرورة الالتزام بالتعليمات الآتية أثناء التعريض للموقف الافتراضي، وهي :

- التعبير بصدق عما يدور بداخله من مشاعر.
- لا توجد إستجابة صحيحة وأخرى خاطئة.
- بإمكانك الخروج من الموقف إذا أردت ذلك.
- مارس تدريبات الاسترخاء كلما شعرُت بالقلق والتوتر.
- مدة الموقف ١٠ دقائق ويمكنك إعادة المحاولة في نهاية الجلسات، مع ضرورة الاستفادة من الوقت المُهدّر عند التفاعل مع الموقف الافتراضي.
- يوجد بعض الإشارات الآمنة التي بإمكانك استغلالها في مواجهة الموقف.
- يمكنك استخدام إحدى الإشارات الآمنة أو كليهما معاً.
- حاول ممارسة التدريبات السابق التدرّب عليها في الجلسات التخيلية.
- دون ما تشعر به أثناء التعريض في بطاقة أو عن أي ملاحظات خاصة بك، واكتب عليها رقمك السري.
- سلم هذه البطاقة للباحثة فور الانتهاء من الجلسة.

وتوضح الباحثة في الصور الآتية أداء الحالة (م.ك) لهذا الموقف.

بينما كنت سائراً في الشارع أعجبني حذاء معروض في الفترينة فوددت شراءه.

فيظهر على شاشة الكمبيوتر خياران كما هو موضح في الصورة:

- الاختيار الأول: وجود أحد الإشارات الآمنة (فنية الإشارات الآمنة) المتمثلة في أحد الوالدين.
- الاختيار الثاني: وجود أحد الإشارات الآمنة (فنية الإشارات الآمنة) المتمثلة في الصديق.







وتلمح الباحثة أن الحالة كررت هذا الموقف مرتين، وتسلمت منها تقريرا يصف ما شعرت به في هذا التطبيق، ولكن ما يهمني هو أنني لاحظت علامات الانبهار والسعادة على هذا الشكا من التعريض كقولها "الله دا حلو قوي... وغيرها" ثم طبقت الباحثة الموقف الثاني في الجلسة التالية، وأعادة تطبيقهما في الجلسة التي تليها.

★ ★ ★ ★

ثانياً: جلسات الواقع الافتراضي غير الغمري الخاص بالتغلب على الخــوف من التقييم السالب ، وعددها (ثلاث جلسات) وبيانها كالتالي:

الجلسة الثامنة عشرة، والجلسة التاسعة عشر، والجلسة العشرون.

عنوان الجلسة: عزومة غداء، وإلقاء محاضرة

أهداف الجلسة :

السماح للطالب بالتفاعل مع الموقف الافتراضي غير الغمريالمماثــل للواقع، والذي يُحاكي موقف اجتماعي بفعّالية وكفاءة.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

الكمبيوتر – فنية الاسترخاء –فنية الأحاديث الذاتية– فنية الإشارات الآمنة — فنية إدارة الوقت – فنية المحادثات الثنائية– فنية التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب **(م.ك)** مع تسلم الواجب المنزلي منه وتراجعه، وتشكره على الالتزام بجلسات العلاج في البرنامج، ثم تذّكره بالتعليمات والإرشادات السابقة الإشارة إليها، وتحثه على ضرورة الالتزام بها.

محتوى الموقف الافتراضي: عزومة غداء.

بينما كنت في الكلية شعرت أنا وصديقي بالجوع، فعرض علي صديقي الأكل في المطعم المجاور للكلية.

يظهر لك على الشاشة خياران كما هو موضح في الصورة:

- الاختيار الأول: وجود إحدى الإشارات الآمنة المتمثلة في الأكل في كافيتريا الكلية(مكان مألوف بالنسبة للطالب) بدلاً من الخروج خارجها.
- الاختيار الثاني: الذهاب إلى المطاعم المجاورة للكلية.

فاختارت الاختيار الأول فيكون الديالوج كالتالي:





وتلمح الباحثة أن الحالة كررت هذا الموقف ثلاث مرات، وتسلمت منها تقريرا يصف ما شعرت به في هذا التطبيق، ثم طبقت الباحثة الموقف الثاني في الجلسة التالية، وإعادة تطبيقهما في الجلسة التي تليها.

المرحلة الثالثة : جلسات التعريض الواقعى للتخفيف من الفوبيا الاجتماعية

الجلسة الحادية والعشرون : فردية مدتها "٤٥ دقيقة"

عنوان الجلسة : المواجهة الواقعية للخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة.

هدف الجلسة :

تهدف هذه الجلسة إلى تدريب حالات الدراسة تدريباً عملياً واقعياً على مواجهة المواقف الاجتماعية التى كانت تخبُر فيها مشاعر عدم الألفة أو الرفض من قبل الآخرين وما يترتب عليه من شعورها بالعجز على التفاعل معهم.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

- فنية النمذجة – فنية قلب الدور – فنية لعب الدور – فنية المحادثات الثنائية – فنية الإشارات الآمنة – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة :

- تبدأ الباحثة جلستها بالترحيب بالحالة والاطمئنان عليها، ومراجعة الواجب المنزلى معها، وإخبارها بأنها قد اجتازت شوط كبير من العلاج، وأن هذه الجلسات ما هى إلا تطبيق عملى لما تدريب عليه فى الجلسات السابقة، على مواقف حياتية طبيعية، لتأكد من قدرتها على مواجهة تلك المواقف بنجاح واقتدار. وفيما يلى لسيناريو الحادث بين الباحثة والحالة (م.ك).

- **الباحثة** : إزيك يا (م.ك) عاملة إيه؟

الحالة : كسوية الحمد لله.

الباحثة : عملتى الواجب إلى أنا قولتك عليه؟

الحالة : إيوه طبعاً تفضيله.

الباحثة : برافو عليك، أنت كتبت كل اللى أنت حاستى بين فى الموفقين السابقين.

الحالة : نعم.

الباحثة : ممكن تقرأيه على.

الحالة : أنا فى الموقفين السابقين كنت أفضل فى أدائهم من المرات اللى فانت، لأ وكنت أسرع كمان من الأول، وطبعاً ما كنت كنتش حاسة بكل اللى حاست به أول مرة عملتهم، أما عن تطبيقهم بشكل عملى، قولك على موقف حاصل ليس بس والله وما كنتش مرتيباه، بنت خالتى فى سنة، ابتدائى جاءت ندنا البيت وطلبت منى نى الرسم لها رسمة عن يوم اسمه "الرياضة للجميع"، وما فيش عليك أنا ترددت فى الأول بس افتكرك فقولتها ماشى ممكن أرسمهولك، طبعاً فرحت أوى وما بقتش مصدقة أصل ما كنتش برضا قبل كده، وفعلاً رسمتوهلها وعجبها جداً وقولتى أنت فنانة رائعة.

الباحثة : برافو عليك أنت تستهالي عليها هدية كبيرة قوية. وفاكرة لما قولتك ها تبقى تفتكرينى وضحكتى على.

الحالة : أيوة وأنا مش عارفة أشكرك إزاى على تعبك معايا.

الباحثة : والله ما حدتش عارفة هو مين إللى مين، فصحكة، وبعدها طلبت الباحثة من الحالة بدأ جلسة اليوم، وأنها سوف تكون تطبيق عملى لكل اللى تعلمناه فى المرات السابقة، وزى كل مرة أول حاجة بنعلمها إيه.

الحالة : أخذ نفس عميق واسترخى.

الباحثة : برافو، بس حبّه أقولك أن الموقف دا مش تعمليه لوحدك، أنا هاشاركك فيه وبعض أصدقاءك أيضاً. إيه رايك؟

الحالة: أوكى أنا موافقة.

تعقبت الباحثة بأن الحالة أصبحت أكثر دافعية وأكثر ثقة بذاتها وبمن حولها وأقل خفاً من المحيطين بها.

الباحثة : عنوان الموقف "حفل خطوبة"

محتوى الموقف :

تخبر الباحثة الحالة (م.ك) على أنها سوف تقوم هى والباحثة وأصدقاءها بتمثيل موقف (ذى مسرحية)، بس فى البداية هنبدأ نوزع الأدوار، كل منا له دور محدد، بس فى البداية أنا هأقوم بدور البطولة، وبعدها سيبك له دور محدد، بس فى البداية أنا هأقوم بدور البطولة، وبعدها ها سيبك تقوص به أنت، نعنى هاتشقلب الأدوار أو ندورها – الحالة تقوم بدور بسمة – الباحثة تقوم بدور الأم – أقل تقوم بدور طنط ماجدة – مريم صديقة الحالة تقوم بدور لبنى أختها.

قصة المشهد : إن ليلى بنت جيراننا هتتخطب، طبعاً بعت دعوة لكى أنت وممتك وباباكى وأخواتك علشان تحضرى الحفلة دى، أوكى، فأن هاتخدى بالك منا وإحنا بنأدى الموقف دا وبعدها هاتخدى دور "بسمة" اللى هى الحالة التى كانت تخاف من الذهاب فى أى مكان عام.

✶ أما أنت يا "مريم" صديقة الحالة خاتخدى دور "لبنى" اللى هى أخت الحالة، وطبعاً أنا (الباحثة وأمرى لله هاخد دور الأم) بس ما تخدوش على كدة، فضحك الجميع، فطلبت الباحثة منهم بداية المشهد بـــ :

الأم (الباحثة) :يا لبنى مين اللى بيضرب جر الباب كدة خير يا رب.

لبنى أخت الحالة : يا ماما دا عموا أيمن.

الأم : وعايز إيه، قصدى قوليله أتفضل.

لبنى أخت الحالة : تفضل يا عمو، ياماما داعموا جايب كرت خطوبة ليلى بنته.

الأم: ألف ألف مبروك يا أستاذ أيمن وعقبال الدخلة يا رب.

✶ يا لبنى قوللى لأختك بسمة تجهز نفسها علشان نروح سوى. ثم تطلب الباحثة من (م.ك) وما نقوم به (فنية النمذجة) وتدخل فى الموقف وتعبر بمنتهى الصراحة عما يدور بداخله بدون خوف أو تردد، وتشير

الباحثة إلى أنها استخدمت الأم وأخت الحالة بشكل تمثيلى من أجل الحبكة الدرامية، وأيضاً لإشارات آمنة تساعد الحالة على تنفيذ المهشد.

لبنى : يا بسمة أجهزى إحنا خارجين النهاردة.(فنية المحادثات الثنائية).

بسمة : ليه خير

لبنى : فرح خطوبة ليلى بنت طنط ماجدة جارتنا.

بسمة : مبروك بس هو أنا لازم أروح؟

لبنى : ما ليش دعوى قولى لماما؟

بسمة : يا ماما هو أنا لازم أروح الفرح دا؟

الأم : طبعاً يا بنتى علشان طنط ماجدة ما تزعلش منا.

بسمة : أصل ليلى مش صحبتى أوى.

لبنى : يعنى هيا كانت صحبتى أنا يعنى.

الأم : يا بنات جهزوا أنفسكم إحنا رياحين كلنا النهاردة.

وبعدها خرجن للفرح الأم وبنياها لبنى وبسمة، وإحنا دلوقتى هنتضمنا صحبتك أمل يا (م.ك) علشان تمثل دور أم ليلى طنط (ماجدة). ولا رأيكم إيه؟ (م.ك) : أوكى أنا معاك. الباحثة : إحنا دلوقتى داخلين من الباب للحفلة فها تقبلنا طنط ماجدة قائلة :

أمل (صديقة الحالة) : أهلاً وسهلاً أنتونورتونا.

الأم : نورك أنت يا روحى، وألف ألف مبروك لليلى وعقبال ما تشوفى ولادها.

طنط ماجدة : يارب يخليك وعقبال اقمرات دول.

لبنى : شكراً يا طنط.

بسمة : شكراً يا طنط وألف مبروك.

لبنى : شكراً يا طنط.

بسمة : شكراً يا طنط وألف مبروك.

طنط ماجدة : اتفضلوا اقعدوا فى الضرابيزة دى دا الفرح نور.

الأم : شكراً يا حبيبتى.

بسمة : أية الزحمة يشكلها ، هى كل الناس هنا النهاردة ولا إيه!

لبنى : أنا مش شايفة العروسة.

بسمة : بس الأغانى يتاعب يعجى دا حلوة قوى.

طنط ماجدة : تفضلوا الحاجة الصاعقة دى أهلاً وسهلاً.

فردت الأم ولبنى وبسمة فى نفس واحد شكراً قوى، وتناولن العصير وانتهى المشهد.

✶ وتمكنت الباحثة بهذه الفنية من إتاحة الفرصة للحالة من بتمثيل أدواراً محددة كان يعصب عليها القيام بها فى الحياة الطبيعية، بشكل جعلها أكثر ألفة وتعودا عليها وأكثر ثقة بذاتها، وإكسابها درجة عالية من التوكيدية عند مواجهة المواقف الاجتماعية المشابهة.

✶ وفى النهاية تشكر الباحثة الحضور وبالأخص (م.ك) على أدائها المتميز الذى برهن الجميع (كنوع من رفع معنويات الحالة)، من أجل عمل تعزيز للاستجابة الصحيحة لضمان تكرارها والاحتفاظ بها ثم تكلفها بالواجب المنزلى.

الواجب المنزلى :

✶ اكتبى كل شعرت به أثناء تأدية الموقف، وما هى الدروس المستفادة منه، وكيف تستفيد منه فى الحياة الطبيعية؟

الجلسة الثانية والعشرون : فردية مدتها (٤٥ دقيقة) :

عنوان الجلسة : المواجهة الواقعية للخوف من التقييم السالب.

هدف الجلسة : هدفت الجلسة إلى تدريب حالات الدراسة تدريباً عملياً واقعياً على مواجهة المواقف التى تنطوى على تهديد بالتقييم السالب من جانب المحيطين.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

فنية النمذجة – فنية قلب الدور – فنية لعب الدور – فنية المحادثـات الثنائية – فنية الإشارات الآمنة – التعزيز – الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة :

- ترحب الباحثة بالحالة (م.ك) وتطمئن عليها وتشكرها على التزامها بموعد الجلسة وعملها الجاد وانضباطها فى الجلسة، ثم تسألها عن الواجب المنزلى قائلة: إزيك يا (م.ك) ها أنت عاملة إيه دلوقتى؟

الحالة : الحمد لله أحسن كتير من الأول.

الباحثة : عاملتى الواجب إلى أنا كلفتك به المرة اللى فاتت.

الحالة : أيوه، كتبت كل اللى حاست به أثناء تأدية الموقف اللى فات، كتبت أن أنا كنت مبسوطة قوى منه أصل أنا كنت بخاف أروح فى أماكن عامة وخصوصاً لو كانت أفراح، الأصل الناس كانت بتبقى كتير قوى وما كنتش ببقى عارفة أقول إيه، بس دلوقتى حاسيت أنى نفسى أروح فرح أو عيد ميلاد صحابى ولا أي حاجة خلاص ما بقتش أخاف من حاجة.

الباحثة : برافو أنت هايلة وتستهلى الهدية اللى أنا جبتها لك.

الحالة : شكراً أنت جبتيلى هدايا كتير قوى أنا كده كلفتك كتير.

الباحثة : لا مافيشت حاجة تغلى عليك. ما تيجى نبدأ الجلسة تباعت النهاردة، وحابة أقولك أن جلسة النهاردة هتكون زى جلسة الموقف اللى فات إيه رأيك؟

الحالة : قصدك نمثل موقف، حاجة حلوى قوى، وبرضوا هاجيب صاحبى معايا.

الباحثة : طبعاً، وأنت ليكى رأي تانى؟

الحالة : لأ دا تبقى لعبة لذيذة ومسلية قوى، وبحس فيها أن أنا فرحانة ومنطلقة ومش خايفة من حاجة.

الباحثة : خلاص ممكن أقولك اسم الموقف.

الحالة : يا ريت.

الباحثة :عنوان الموقف   أنا مدرس خصوصى" 

ودلوقتى هاقولك فكرة الموقف بس الأول هتنادى صحابك أمل ومريم **(**فنية الإشارات آمنة**)**.

الحالة : حاضر ثم تبدأ الباحثة فى توزيع الأدوار على المشاركين فى الموقف الدرامي.

الحالة : تأخذ دور الزميل الذى فهم محاضرة اليوم ويرغب فى شرحها لصديقه.

مريم وأمل : تأخذ دور الصديقة فى فهم المحاضرة من صديقتها الحالة **(**م.ك**)** **(**فنية لعب الدور**)**.



الباحثة : تحب تشرح أيه يا **(**م.ك**)**.

الحالة : أنا بحب أقوى مادة فنون ذوى الاحتياجات الخاصة أنا هاشد حلهم أصل أنا لسه مذاكراها إمبارح فهى حاضرة فى ذهنى.

الباحثة : زى ما تحبى تحبى نبدأ.

الحالة : أيوة.

تدخل الحالة على صديقتها أمل ومريم قائلة أزيكم عاملين إيه **(**فنية المحادثات الثنائية**)**.



أمل ومريم : الحمد لله.

الحالة : مالكم عالمين كده ليه.

مريم : أصل أنا مش عارفة أفهم إزاي من الممكن استخدام الرسم والفن فى مساعدة الأطفال اللى عندهم تخلف عقلى.

الحالة : يا أه دى سهلة قوى؟

أمل وريم : فى نفس واحد ممكن تشرحيها.

الحالة : ممكن أوى، بس هاشرحها لوكو فين؟

أمل : فى أى مدرج فاضى ولا أقولك فى كافتريا الكية تلاقيها فاضى دلوقتى إحنا آخر النهار.

مريم : لأ، أحسن لنا نروح أى مدرج فاضى أصل إحنا دلوقتى معظم المدرجات فاضية، أصل الكافتيريا يقعدوا فيها بتوع تربية موسيقية كل واحد منهم ماسك فى إيديه عود وعامل فيها عبد الوهاب فضحكت الباحث والحالة وقرروا الذهاب إلى أحد المدرجات فتحركوا باتجاه أحد المدرجات الفارغة. وعندها بدأت الحالة فى تقمص شخصية المحاضر (أو المدرس الخصوصى، حيث جلست مريم وأمل فى المدرج، بينما وقفت الحالة أمام السبورة ماسكة فى يديها طباشيرة وبدأت فى شرح درس وافى عن كيفية الاستعانة بالفن والرسمات والصلصال والمجسمات فى تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة وخاصة مع فئة المعاقين عقلياً.

بينما وقفت الباحثة تراقب مايحدث من بعيد، لتترك فرصة للحالة فى إظهار كل إمكانياتها وقدراتها، ولكى تزداد ثقتها نجد أنها وقدراتها، بدون خوف من التقييم السالب أو أن تكون موضع سخرية من يحيطون بها، ثم تطلب الباحثة منهم تبادل الأدوار كنوع من إثراء فى النهاية شكرت الباحثة الموقف الباحثة وصديقتها على أدائهم المتميز وأعطت كل منهن علبة عصير وسبكوت كنوع من التعزيز، وأيضاً كنوع من تدريب الحالة على الأكل أمام الآخرين والتغلب على توقع المراقبة من قبل المحيطين بها وفى النهاية تكلف الباحثة الحالة بالواجب المنزلى.

الواجب المنزلى :

حاولى تطبيق الموقف السابق التدرب عليه على مواقف حياتية مشابه، سواء كانت فى المنزل أو الكلية، وتسجيل كل ما تشعرى به وأحضريه معك الجلسة القادمة؟

الجلسة الثالثة والعشرون : جماعية مدتها (مفتوحة) :

عنوان الجلسة : يوم التسوق Shopping

هدف الجلسة :

هدفت الجلسة إلى التأكيد على تغلب عينة الدراسة على الخوف من المبادأة وتكوين علاقات جديدة وأيضاً التغلب على الخوفمن التقييم السالب من قبل المحيطين بهم، من خلال يوم التسوق.

الأساليب والفنيات المستخدمة :

فنية المحادثات الثنائية – فنية الإشارات الآمنة – فنية التعزيز – الواجب المنزلى.

محتوى الجلسة :

بدأت الباحثة الجلسة بالترحيب بالحضور والاطمئنان عليهم وشكرتهم على التزامهم بموعد الجلسة وتسلمت منهم الواجب المنزلى وراجعة معهم ثم أخبرتهم أن الجلسة هذه المرحلة سوف تكون جماعية، وتكون بذلك دمجت بين العلاج بالتعريض الفردى، والعلاج بالتعريض الجماعى لأخذ مزايا هذا وذاك.

وبدأت الباحثة الجلسة بسؤالهم إيه رأيكم لو نقضى اليوم مع بعض ونتغدى سوى وبعدين نروح عمل شوبينج، لأن جلسة النهاردة عنوانها "يوم التسوق"، وبنيت الهدف من هذا اليوم على أنه بمثابة مكافأة لهم بمناسبة الانتهاء من جلسات العلاج، وأيضاً للتأكيد على قوة البرنامج فى التخفيف من

مشاعر الخوف من التفاعل الاجتماعى أو التقييم السالب فى معظم المواقف الاجتماعية المختلفة.

- وأخبرتهم أن اليوم يحتوى على مجموعة من الأنشطة الاجتماعية المختلفة، المتثملة فى تعارفهم وتفاعلهم مع بعضهم البعض، وأيضاً فى ممارسة مهارات البيع والشراء، وكذلك التغلب على الإحساس بضعف الثقة بالذات وانخفاض مستوى التوكيدية، وتوضع التدفق والتفحص من قبل المحيطين بهم، لذلك طلبت منهم التصف كما لو كانوا غير مراقبين، وكأنهم طلقاء لا يخافون من شئ تماماً، مستفيدين من جميع ما تعلموه فى الجلسات السابقة.

- وبالفعل، انطلقت الباحثة ومعها السبع حالات **(عينة الدراسة)** بإتجاه مطعم (....)، وأخذت ترابيزة واحدة كبيرة جلسوا عليها جميعاً وطلبت منهم اختيار ما يرغبوا فى أكله من قائمة الطعام، وأخبرتهم ماخافوش أنا اللى هحاسب، وأنا اللى أطلب الأول. أنا عايزة ساندوتش فراخ بانيه كمبو، وواحد شورما صغير وكنز بيبسى دايت، يالا يا شباب أطلبوا إللى إنتوا عايزينه، منهن من طلبت مثلى ومنهم من طلبت كفتة، أو جمبرى وغيرها وتناولنا الطعام فى جو يسوده المرح والسعادة.

- وبعد ذلك طلبت منهم تدخل أحد المولات وأن تشترى كل منهن هدية مناسبة لها، وهى تكون بمثابة التعزيز لهم والمكافأة على التزامهم وحسن متابعتهم، وقد أبدت الطلاب تحسناً ملحوظاً فى الشراء وفى الإقلاع على الأشياء، وأصبحوا أكثر تلقائية ودفاعية، وتمتعوا بمستوى عالى من التوكيدية والثبات والثقة الواضحة بالذات، وعدم الخوف من الآخرين محببين للتفاعل معهم.

وفى نهاية اليوم تشكر الباحثة الطلاب فرداً فرداً، وتطلب منهم ضرورة التواصل معها، تحثهم على مواظبة التدريبات التى تمرن عليها، والاتصال بها فى أى مشكلة يعرضوا لها سواء كانت فى الكلية أو فى المنزل وتكلفهم بالواجب المنزلى.

الواجب المنزلى :

احضر ورقة وأكتب عليها إسمك ثم أكتب فيها وصفاً كاملاً لجلسة اليوم من حيث هدفها والفائدة التي عادت إليك منها؟ وما الذي تمنيته منها ولم يحدث، وما هي توقعاتك السلبية عنها التي لم تحدث؟ وأخيراً قدم حلولاً مقترحة لزيادة فاعلية هذه الجلسة؟

المحور الثالث : الإنهاء والمتابعة.

الجلسة الرابعة والعشرون: جماعية . مدتها (٣٠دقيقة)

عنوان الجلسة: الجلسة الختامية.

هدف الجلسة:

- مراجعة ما تم التدرب عليه في الجلسات السابقة، وإجـراء التطبيـق البعدي لتقييم فعالية البرنامج العلاجي.

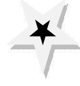
الأساليب والفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار– الديالوج – التعزيز.

محتوى الجلسة:

تقوم الباحثة في هذه الجلسة بمراجعة ما تم في الجلسات السابقة (مناقــشة جماعية)، وتشكر المشاركين في البرنامج وتعدهم باستمرار التواصل معهــم، وتطلب من كل منهم أن يقدم تقريراً شفهياً وجهاً لوجه مــع زملائــه ومــع الباحثة (الديالوج)، وتحثهم على التمسك بالتدريبات السابق التدرب عليهــا؛ لكي تمكنهم من التغلب على الخوف الذي بداخلهم. وفــي النهايــة، تخبــرهم بانتهاء الجلسات وتحدد معهم موعداً لجلسة واحدة أخرى بعد شهرين، لمتابعة استمرارية ما تعلموه، ثم تقوم الباحثة بإجراء التطبيق البعدي.

الجلسة الخامسة والعشرون: جماعية . مدتها (٣٠دقيقة)

عنوان الجلسة: جلسة المتابعة. 

هدف الجلسة:

- معرفة مدى استمرارية ما تعلمه المشاركون في البرنامج، وما تدربوا عليه في الجلسات السابقة، وذلك من خلال إجراء تطبيــق مــا بعــد المتابعة بعد مضي شهرين.

الأساليب والفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار- التعزيز.

محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالمشاركين، وتطمئن على أحوالهم، ثم تقوم بتطبيــق مقيــاس الفوبيا الاجتماعية(إعداد الباحثة)، وذلك على طلاب المجموعــة التجريبيــة وطلاب المجموعة الضابطة، وتواصل الباحثة حثهم علــى الاســتمرار فــي التفاعل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، واستمرار التدرب على التــدريبات السابقة؛ من أجل التمكن من مواجهة تلك المواقف، ثم تحييهم وتطلب مــنهم مداومة التواصل.



BENHA UNIVERSITY
FACULTY OF EDUCATION
DEPARTMENT OF MENTAL HYGIENE

THE EFFECTIVENESS OF EXPOSURE THERAPY IN REDUCING THE SOCIAL PHOBIA AMONG A SAMPLE OF UNIVERSITY STUDENTS

A SUMMARY OF PH. D. DEGREE THESIS IN EDUCATION (MENTAL HYGIENE)

BY:

DOAA MOHAMMAD ABDUL-AZIM AHMAD MUBARAK

Assistant Lecturer

Under the Supervision of:

DR. ASHRAF AHMAD ABDUL-QADER

Professor of mental hygiene and Vice-Dean for Postgraduate Studies and Researches, Faculty of Education, Benha University

DR. TAHIYA MOHAMAD ABDUL-AL

Associate Professor of Mental Hygiene, Faculty of Education, Benha University

1433 H – 2012 AD

- STUDY PROBLEM:

The social phobia is one of the most familiar anxiety disorders which cause many problems suffered by individuals both in his self-relation and others' relationship. It is very common among the university students in Arab countries such as Egypt, Libya, Kuwait and Kingdom of Saudi Arabia. It affects negatively on the individual's social, vocational and functional performance. This effect prevents him from effective participation in several fields in life.

In the light of the previous related literature, the present study examined the effectiveness of exposure therapy in reducing social phobia among university students. The problem was crystallized and stated in the following main question:

- **To what is the exposure therapy effective in reducing the social phobia among a sample of university students?**

- STUDY OBJECTIVE:

The present study aimed at reducing the social phobia among a sample of university students by using the exposure therapy.

- STUDY TERMS:

The following terms were defined in the present study: social phobia and exposure therapy.

- STUDY SAMPLE:

The study sample consisted of 14 students (6 male and 8 female) at Faculty of Education, Benha University, and aged 18-22. They were students in the third year in the Art Education Section, Mathematics Education Section and Technology Of Education Section .They were suffering from social phobia. They were divided into an experimental group (n=7) and control group (n =7).

- STUDY TOOLS:

- Social Phobia Scale, developed by the present study researcher.

- Wechsler-Bellevue Scale for the Intelligence of adolescents and adults, translated into Arabic by Mohammad Emad-el-Din and Lowes Mleika 1996)
- A program of exposure therapy, prepared by the present study researcher.

- STATISTICAL TECHNIQUES:

The following statistical techniques were used in the preset study:

1) Simple Variance Analysis for two groups.
2) Mann-Whitney test for two independent samples.
3) Wilcoxon signed ranks test for dependent samples using SPSS program.

- STUDY FINDINGS:

1) There were statistically significant differences between the scores ranks of the experimental group and those of the control group on the social phobia scale after the experimentation of the program, in favour of the experimental group.
2) There were statistically significant differences between the scores ranks of the experimental group's pre-

application and post-application of the social phobia scale, in favour of the post-application.

3) There were no statistically significant differences between the scores ranks of the experimental group's post-application and follow-up period application of the social phobia scale.

****